

**SRK Baselland
Fragebogen/Anmeldung
Rotkreuz-Notruf**

Wird vom SRK BL ausgefüllt	
Kundencode:	MA:
Serien-Nr.:	Gerätetyp:
Standort:	Install.datum:

Notruf-Kundin/Kunde

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Telefon:	Handy:
Geburtsdatum:	Sprache: Nationalität:
Umfeld: <input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Wohnung Stockwerk: <input type="checkbox"/> lebt alleine <input type="checkbox"/> lebt mit:	

**Kontaktadressen, bei denen ein Haus- und Wohnungsschlüssel hinterlegt ist
(mindestens 3 Adressen!).**

1)

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Tel. P:	Tel. G:
Handy:	Bezug zu Kunde/Kundin:

2)

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Tel. P:	Tel. G:
Handy:	Bezug zu Kunde/Kundin:

3)

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Tel. P:	Tel. G:
Handy:	Bezug zu Kunde/Kundin:

4)

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Tel. P:	Tel. G:
Handy:	Bezug zu Kunde/Kundin:

Hausarzt

Name:	Vorname:
Tel. Praxis:	

Gesundheitszustand / Medikation

<input type="checkbox"/> Hörbehinderung	Blutverdünner: <input type="checkbox"/> Marcoumar <input type="checkbox"/> Aspirin
<input type="checkbox"/> Gehbehinderung	<input type="checkbox"/> Herzkreislaufmedikation
<input type="checkbox"/> Sprechbehinderung	Diabetes: <input type="checkbox"/> Insulinspritzen <input type="checkbox"/> Tabletten
Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Gehilfe <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/>	Allergien/Unverträglichkeiten? _____ <input type="checkbox"/> Allergiemedikation:
Andere Angaben zum Gesundheitszustand:	Ort der Medikamente:

Spitexorganisation (falls im Einsatz)

Spitex:	Tel:
---------	------

Bezugspersonen, die in einem Notfall benachrichtigt werden möchten

1)

Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Tel. P:	Tel. G:	Handy:	
E-Mail:		Bezug zu Kunde/Kundin:	

2)

Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Tel. P:	Tel. G:	Handy:	
E-Mail:		Bezug zu Kunde/Kundin:	

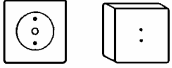

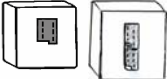

Zahlungsmodus

Lastschriftverfahren (Bitte füllen Sie das beiliegende Formular aus!) <input type="checkbox"/>	Monatlich <input type="checkbox"/>
Zweimonatlich <input type="checkbox"/>	Quartal <input type="checkbox"/>

Rechnungsadresse (falls anders als Kundenadresse)

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:

Bestehende Telefoninstallationen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Art der Telefonapparate: <input type="checkbox"/> Tischapparate <input type="checkbox"/> schnurloses Telefon <input type="checkbox"/> Wandapparat			
Art der Telefonsteckdosen:			
	<input type="checkbox"/> 2-polige Telefonsteckdose		<input type="checkbox"/> 4-polige Telefonsteckdose
	<input type="checkbox"/> Reichle-Steckdose		<input type="checkbox"/> RJ 45
<input type="checkbox"/> Telefonanschluss ist in der Nähe der Stromsteckdose		<input type="checkbox"/> Keine Telefonsteckdose, das Kabel kommt direkt aus der Wand	
Wie viele Telefonapparate sind total angeschlossen? Anzahl:			
Haben Sie eine Zusatzglocke (Klingeltonverstärker)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Haben Sie eine Telefonzentrale? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ist zurzeit ein anderes Notrufsystem installiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Haben Sie Ihr Telefonabonnement bei Swisscom? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bei:			
Welche der folgenden Anschlüsse sind bei Ihnen vorhanden?			
<input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> ISDN <input type="checkbox"/> ADSL <input type="checkbox"/> Cablecom <input type="checkbox"/> Bluewin Phone/TV <input type="checkbox"/> Internet			
<input type="checkbox"/> andere:			

Elektriker (sofern Hauselektriker vorhanden)

Name:	Tel:
-------	------

Bemerkungen:

Wir danken Ihnen für das **vollständige** Ausfüllen des Fragebogens.

Das Rote Kreuz Baselland und die Notrufzentrale verpflichten sich, sämtliche persönliche Daten vertraulich zu behandeln.

Erklärung und Einwilligung

Ich bin einverstanden, dass meine Daten in der Notrufzentrale und beim Roten Kreuz Baselland sowie, im Falle eines Schlüsseldepots, beim Rettungsdienst gespeichert werden, damit bei einem Notfall schnell Hilfe angefordert werden kann.

Ort/Datum:	Unterschrift des Kunden / der Kundin:
-------------------	--