



Medizinische  
Notrufzentrale

**MNZ – Stiftung Medizinische Notrufzentrale**  
Die offizielle Notrufzentrale aller Ärzte,  
Zahnärzte, Apotheken usw.

**Kunden-ID:**

(Wird von der MNZ ausgefüllt)

## Anmeldung MNZ-Notruf

### Kunde/in

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Sprachen: DE FR IT EN  
 Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_

### Kontaktperson für Anmeldung & Installation (nur falls abweichend von Kunde/in)

Wird bei allfälligen Fragen zur Anmeldung und betreffend Installationstermin bzw. Auslieferung kontaktiert:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Telefon P: \_\_\_\_\_ Telefon G: \_\_\_\_\_  
 Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Bestellung (bitte gewünschtes Gerät ankreuzen, Preise gem. separater Preisliste)

Hausnotruf: Notrufgerät für zu Hause, inkl. 1 Armband

Auslieferung / Anschluss:

Die Installation und Einführung bei Ihnen zu Hause erfolgt durch unseren techn. Partner Gruber & Ryser AG.



Mobilnotruf: Notrufgerät für unterwegs (und zu Hause), mit GPS-Ortung, inkl. 1 Armband

Auslieferung / Anschluss:

Die Installation und Einführung bei Ihnen zu Hause erfolgt durch unseren techn. Partner Gruber & Ryser AG



Schlüsselsafe: Wir liefern und montieren Ihnen einen Schlüsselsafe



Zusatz-Armband: Für eine zweite Person im selben Haushalt (2 Anmeldungen ausfüllen)

## Gesundheit und Medikamente

Gesundheitszustand:

Wichtige Medikamente:

Blutverdünner:

Allergien:	Keine	Ja	Welche		
Beeinträchtigung	Gehen	Hören	Sprechen		
Hilfsmittel:	Gehhilfe	Rollator	Rollstuhl	Hörgerät	

Wohn-Umfeld:	Haus	Wohnung im	Stock	Lift	Anzahl Zimmer:
	lebt allein	lebt mit:			Haustiere:

## Hausarzt/-ärztin

Name:	Vorname:
PLZ / Ort:	Tel. Praxis:

## Spitex-Organisation

Name Spitex:	Tel.:
Einsatz:	Wie oft:
Tageszeiten:	

## Patientenverfügung (optional):

Meine Patientenverfügung ist bereits bei der MNZ (Stiftung Medizinische Notrufzentrale) oder bei Bezugsperson/Hausarzt hinterlegt

Ich möchte eine Vorlage, damit ich eine PV ausfüllen und bei der MNZ hinterlegen kann.  
(Es wird eine Hinterlegungsgebühr von zurzeit HF 60.00 zuzüglich MwSt. erhoben)

*Bei der MNZ hinterlegte Patientenverfügungen sind im Notfall durch die behandelnde Stelle rund um die Uhr abrufbar. Zur Hinterlegung schicken Sie das ausgefüllte Original an uns. Sie erhalten mit der Rechnung einen Hinterlegungsausweis fürs Portemonnaie. Ihr Arzt bzw. die GGG Voluntas helfen beim Ausfüllen.*

**Kontaktpersonen** (Es sollten möglichst 3 Personen eingetragen werden. Bei allen wird vor Inbetriebnahme des Notrufgerätes ein Hausschlüssel hinterlegt. Kontaktpersonen werden im Notfall zur Hilfe in das Haus / in die Wohnung des Notrufkunden geschickt)

**1.**

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

**2.**

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

**3.**

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

**Bezugspersonen** (maximal 2: diese werden von der MNZ im Notfall benachrichtigt)

**1.**

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

**2.**

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

## Schlussbestimmungen

Der Kunde bestätigt mit seiner Unterschrift die Korrektheit aller Angaben auf dieser Anmeldung, sein Einverständnis mit den Allgemeinen Geschäftsbedingungen und seine Kenntnisnahme von den zutreffenden Merkblättern.

Ort

Datum

Unterschrift Kunde/in

Weitere Bemerkungen/Hinweise

### **Zahlungsart**

Ich wünsche folgende Rechnungsstellung:

monatlich

jährlich (3% Rabatt)

Wie haben Sie von uns erfahren?

Angehörige/Freunde

Arzt

Internet

Flyer/Aushang