



Questionnaire Alarme Croix-Rouge

Client-e Alarme Croix-Rouge

AC CR Croix-Rouge neuchâteloise	
Nom client-e	Prénom
Date de naissance	Langue-s
Adresse	NPA, localité
Tél. principal	Tél. secondaire
Courriel	
PRESTATION	
<input type="checkbox"/> Casa Premium	
<input type="checkbox"/> Casa Night Premium	
<input type="checkbox"/> Domo Go Premium	
Accessoires	
<input type="checkbox"/> Bracelet émetteur supplémentaire (PARTENAIRE)	
Nom client-e	Prénom
Date de naissance	Langue-s
Tél. principal	Tél. secondaire
Courriel	
Option	
<input type="checkbox"/> Samaritains (si moins de 3 répondants) : boîte à clé indispensable	

Comment avez-vous eu connaissance du système d'alarme Croix-Rouge ?

- ☐ Votre médecin
☐ AROSS
☐ Autre


1. Données pour la prestation d'aide par la centrale d'alarme

Situation de vie et conditions de logement

Je vis... <input type="checkbox"/> seul-e <input type="checkbox"/> En couple / avec partenaire <input type="checkbox"/> autre : Animal de compagnie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, lequel :	J'habite <input type="checkbox"/> dans une villa <input type="checkbox"/> dans un appartement <input type="checkbox"/> dans une institution de soins / appartement avec encadrement Étage/niveau : Ascenseur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Code entrée immeuble Digicode (boîte à clé):.. Nombre de pièces :..
--	---

Informations importantes à l'intention du personnel soignant / des ambulanciers

<input type="checkbox"/> Troubles de l'élocution :	<input type="checkbox"/> Troubles auditifs :	<input type="checkbox"/> Malvoyant-e:
<input type="checkbox"/> Allergies : <input type="checkbox"/> Emplacement des principaux médicaments (p. ex. antiallergiques) :		
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Troubles cardiovasculaires	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Oxygène	<input type="checkbox"/> Anticoagulant	
<input type="checkbox"/> Directives anticipées	Lieu de dépôt :	
Autres données importantes :		
Médecin traitant Nom Prénom : Tél :		

PARTENAIRE : Informations importantes à l'intention du personnel soignant / des ambulanciers

<input type="checkbox"/> Troubles de l'élocution :	<input type="checkbox"/> Troubles auditifs :	<input type="checkbox"/> Malvoyant-e:
<input type="checkbox"/> Allergies : <input type="checkbox"/> Emplacement des principaux médicaments (p. ex. antiallergiques) :		
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Troubles cardiovasculaires	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Oxygène	<input type="checkbox"/> Anticoagulant	
<input type="checkbox"/> Directives anticipées	Lieu de dépôt :	
Autres données importantes :		
Médecin traitant Nom Prénom : Tél :		

**Personnes disposant de votre clé pour aider sur place : RÉPONDANTS**

Veuillez indiquer, par ordre de priorité, au minimum trois répondants vivant dans votre voisinage immédiat et disposant d'une clé de votre appartement/maison ou du moins connaissant l'emplacement de celle-ci.

Si les personnes mentionnées ne sont pas joignables en cas d'urgence, d'autres services d'intervention peuvent être mobilisés en fonction de la situation (sauveteurs, pompiers ou policiers), les coûts éventuels étant à votre charge.

1)	Nom	Prénom
Répondant	Adresse	NPA, localité
	Téléphone	Courriel
	Relation / lien de parenté	

2)	Nom	Prénom
Répondant	Adresse	NPA, localité
	Téléphone	Courriel
	Relation / lien de parenté	

3)	Nom	Prénom
Répondant	Adresse	NPA, localité
	Téléphone	Courriel
	Relation / lien de parenté	

Personnes à prévenir en cas d'urgence

En cas d'urgence, les personnes de référence ne sont pas mobilisées pour la prestation d'aide, mais sont informées par la centrale d'alarme. Ce sont elles qui prennent des décisions à votre place si vous n'êtes plus apte à le faire.

1)	Nom	Prénom
	Adresse	NPA, localité
	Téléphone	Courriel
	Relation / lien de parenté	

2)	Nom	Prénom
	Adresse	NPA, localité
	Téléphone	Courriel
	Relation / lien de parenté	

**2. Données administratives**

Autre personne à contacter pour toute question d'ordre administratif ou technique (si différent du / de la client-e)

Nom	Prénom
Adresse	NPA, localité
Téléphone	Courriel
Relation / lien de parenté	

Facture à adresser à (si différent du / de la client-e)

Nom	Prénom
Adresse	NPA, localité
Téléphone	Courriel
Relation / lien de parenté	

Mode de paiement (mensuel)

<input checked="" type="checkbox"/> Facture

3. Dispositions finales

Veillez noter que tous les détails des prestations auxquelles vous recourez sont régies par le contrat Alarme Croix-Rouge et les conventions de prestations correspondantes.

Accord

Je confirme avoir pris connaissance des informations techniques ci-dessus et accepte que mes données personnelles soient enregistrées auprès de la centrale d'alarme et de la Croix-Rouge neuchâteloise.

Lieu/date	Signature client-e
-----------	--------------------

Veillez remplir ce formulaire de **manière complète et précise**. La Croix-Rouge neuchâteloise et la centrale d'alarme s'engagent à traiter de façon strictement confidentielle toutes les données personnelles qui y figurent.