



## 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 ( <b>PARTENAIRE</b> )	
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

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

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 :		
<p>Médecin traitant  Nom Prénom : <input type="text"/> Tél : <input type="text"/></p>		

**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 :		
<p>Médecin traitant  Nom Prénom : <input type="text"/> Tél : <input type="text"/></p>		



**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)

Facture

## 3. Dispositions finales

Veuillez 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

Veuillez 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.