

## Personen, die im Notfall zu informieren sind

1) Name, Vorname:

Verhältnis zu mir:

Adresse:



Mobil

E-mail:

2) Name, Vorname:

Verhältnis zu mir:

Adresse:



Mobil

E-mail:

## Halten Sie Haustiere in der Wohnung / im Haus?

Nein  Ja  Wenn ja, welches Haustier?

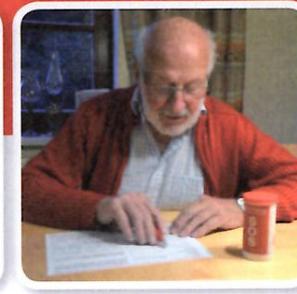
Wer kann sich im Notfall darum kümmern?

## Wichtige Hinweise:

Alle Informationen sind korrekt und wurden von mir ausgefüllt. Mir ist bewusst, dass es für mich wichtig ist, dass alle Informationen auf dem neuesten Stand gehalten werden.

Unterschrift

Datum



## „RETTUNG aus der Dose“

gefördert durch Lions Club Hanau Schloss Philippsruhe

Bei der „SOS-Dose“ handelt es sich um ein Angebot für Menschen, die zuhause leben.

Weil man im Notfall nicht immer alle Fragen von Helfer-Diensten gleich beantworten kann, enthält die „SOS-Dose“ ein Formular mit wichtigen persönlichen Informationen für den Notfall.

Schnelle Information spart Zeit – und Zeit rettet Leben!

### Machen auch Sie mit!

Füllen Sie die Seiten dieses Formulars aus – bitte mit Kugelschreiber und in BLOCKSCHRIFT - mit Datum und Unterschrift. Danach falten Sie das Formular und geben es in Ihre „SOS-Dose“.

Stellen Sie die Dose danach in den **Kühlschrank** (gut sichtbar im Ablagefach auf der Innenseite der Tür) und bringen Sie die Aufkleber am Kühlschrank (*außen*) und an der Wohnungstür (*innen*) an.

Für eine weitere Person in Ihrem Haushalt, füllen Sie bitte ein zweites Formular aus.

weitere Informationen: [www.lionsclub-hanau-schloss-philippsruhe.de](http://www.lionsclub-hanau-schloss-philippsruhe.de)

Die „SOS-RETTUNGsdose“ ist geschützt.

Die Markenrechte liegen beim Lions Club Hanau Schloss Philippsruhe.  
DPMA Reg.nr. 30 2015 002 887.



Hanauer  
Seniorenbüro  
Die beste Alternative

## Persönliche Daten:

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Name: Anrede: Frau  / Mann

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße / Hausnummer:

PLZ, Wohnort:



Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

## Hausärztin/-arzt:

Name:

Adresse der Praxis:



**Krankenhaus** - Falls nötig, bevorzuge ich folgendes Krankenhaus:

Haben Sie einen Krankenhauskoffer vorbereitet? Ja  Nein

Er steht:

## Sie erhalten Pflege / Pflegedienst / Private Pflege / Betreuung

Name Pfleger/in:

Pflegedienst / Name:

Anschrift:



Büro



Betreuer/in: Ja  Nein

Wenn ja: Name



## Wichtige Krankheiten/Einschränkungen:

Gibt es wichtige Informationen, die von den Helfer-Diensten benötigt werden, z.B. allergische Reaktionen, Überempfindlichkeit auf Medikamente, Nahrungsmittel, Verständigungsschwierigkeiten, Hör- oder Sehprobleme, medizinische Hilfegeräte ...?

Foto

## Nehmen Sie Medikamente:

Asthma  MS  Schlaganfall

Diabetes  Parkinson  Lähmung

Epilepsie  Demenz  Herzprobleme

Gerinnungshemmer / ASS o.ä.  Blutdruck niedrig  hoch

Ich habe medizinische Implantate und zwar:

## Wo haben Sie Ihre Medikamente aufbewahrt?

**Haben Sie eine Notfallmappe?** Ja  Nein

Wenn ja, wo haben Sie diese aufbewahrt?

**Haben Sie eine Patientenverfügung?** Ja  Nein

Wenn ja, wo haben Sie diese aufbewahrt?

**Haben Sie einen Impfpass?** Ja  Nein

Wenn ja, wo haben Sie diesen aufbewahrt?