

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?

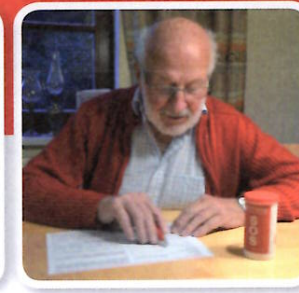
Wer kann sich im Notfall darum kümmern?

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

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?