



# Mein SOS - Infoblatt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift : (Straße/Nr./Wohnort) \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_ Geboren am: \_\_\_\_\_

Bei einem Notfall ist das Wissen über **Vorerkrankungen und laufende Therapien** sehr wichtig.  
Bitte notieren Sie alles Wichtig hierzu:

Herzinfarkt \_\_\_\_\_ /nein /ja, wann?      Herzschrittmacher \_\_\_\_\_ /nein /ja, wann?

Herzoperation(en) \_\_\_\_\_ /nein /ja, wann?      Schlaganfall \_\_\_\_\_ /nein /ja, wann?

Dialyse \_\_\_\_\_ /nein /ja, wann?      Asthma, chronisch \_\_\_\_\_ /nein /ja, wann?

Bluthochdruck \_\_\_\_\_ /nein /ja, wann?      Einnahme von Blutverdünner \_\_\_\_\_ /nein /ja, wann?

**Allergien oder Unverträglichkeiten** (Medikamente etc.) die Ihnen bekannt sind:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein ? (Namen der Präparate)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Diagnosen, Beeinträchtigung, Behinderung oder Wichtige Hilfsmittel ?**

Informationen über den Zustand Ihres Gesundheitlichen Zustand.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Ihr Hausarztpraxis

Name des Arztes \_\_\_\_\_ Telefon Nr. \_\_\_\_\_

**Pflegeperson** (privat) oder **Pflegedienst** bei Pflegebedürftigkeit

Name \_\_\_\_\_ Telefon Nr. \_\_\_\_\_ mobil : \_\_\_\_\_

Anschrift:



Ortsverband Scharenstetten

Wer soll im **Notfall benachrichtigt** werden ? **Person 1**

Beziehung : \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon Nr. (privat ,Arbeit ,mobil) \_\_\_\_\_

Wer soll im **Notfall benachrichtigt** werden ? **Person 2**

Beziehung : \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon Nr. (privat ,Arbeit ,mobil) \_\_\_\_\_

Haben Sie Haustiere ? \_\_\_\_\_ /nein /Ja

Tierart \_\_\_\_\_

Wer kann sich im Notfall um Ihre Haustiere kümmern?

Name \_\_\_\_\_ Telefon Nr. \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Patientenverfügung ? \_\_\_\_\_ /nein /ja, Wo ?

Haben Sie einen Organspendeausweis ? \_\_\_\_\_ /nein /ja, Wo ?

Ich versichere, alle Angaben auf diesem Infoblatt nach bestem Wissen und in Eigenverantwortung gemacht zu haben.

Name in Druckbuchstaben :

\_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



Ortsverband Scharenstetten

Name

Telefon

Haben Sie eine Patientenverfügung?  nein  ja, wo?

Haben Sie einen Organspenderausweis?  nein  ja, wo?

Ich versichere, alle Angaben auf diesem SOS-Infoblatt nach bestem Wissen und in Eigenverantwortung gemacht zu haben.

Name in Druckbuchstaben:

Datum

Unterschrift

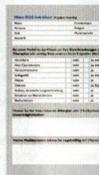
Bitte kleben Sie hier ein  
aktuelles (Pass-)Bild von sich ein,  
wenn mehrere Personen in Ihrem  
Haushalt leben.



Um für einen Notfall zu

1 SOS-DOSE

1 SOS



Mit der SOS-DOSE sind i

- Dieses SOS-Infoblatt zu Ihrem  
Informationen hilft Ihren Retter  
Sie selbst nicht in der Lage sei
- Füllen Sie dieses SOS-Infoblatt  
in die SOS-DOSE und verschli
- Kleben Sie einen der beiden A  
kleber an Ihre Wohnungstür, b  
informiert, dass sich bei Ihnen  
schrank befindet. Da in jeder V  
finden sind, kommen die Retter

**Bitte beachten Sie:**

- Stellen Sie Ihre SOS-DOSE im
- Für jede im Haushalt lebende  
Es können mehre Infoblätter i
- Halten Sie das SOS-Infoblatt s
- Achten Sie darauf, dass das SC