

Sanicare

Apotheke



INHALT

1 SOS-Infodose

1 SOS-Infoblatt

2 SOS-Aufkleber

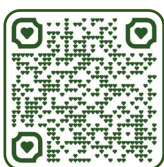
Im Notfall zählt jede Sekunde: Mit den aktuellen und freiwilligen Angaben auf diesem SOS-Infoblatt zu deinem Gesundheitszustand, Allergien, Medikamenten, Kontaktpersonen und anderen Einzelheiten richtest du **wichtige Informationen an deine Retter** – damit diese noch besser und schneller auf deine Notfallsituation reagieren können.

Fülle dieses SOS-Infoblatt nach bestem Wissen auf beiden Seiten mit einem Bleistift (in GROSSBUCHSTABEN) aus.

Bitte beachte dabei:

- Für jede im Haushalt lebende Person sollte ein eigenes SOS-Infoblatt ausgefüllt werden.
- Platziere deine **SOS-Infodose gut sichtbar in deiner KÜHLSCHRANKTÜR**, wo sie schnell und sicher von den Rettungskräften gefunden werden kann.
- Klebe einen **SOS-Aufkleber** von außen auf den **Kühlschrank** und einen **auf die Innenseite deiner Eingangstür** (jeweils gut sichtbar in Augenhöhe).
- Stelle sicher, dass dein **aktueller Medikamentenplan** immer bei deinen Medikamenten liegt. Achte darauf, dass dein SOS-Infoblatt so weit wie möglich ausgefüllt und mit Datum und Unterschrift versehen ist, **bevor** es in die SOS-Infodose gesteckt wird.

Klebe hier dein Foto auf oder lege es der Dose bei, wenn mehr als eine Person in deinem Haushalt wohnt.



Willst du die Daten lieber per Tastatur eingeben oder es hat sich etwas geändert? Scanne einfach den **QR-Code** oder gehe auf die Internetseite **www.sanicare.de/download-archiv-kataloge-bestell-und-infomaterial** – Hier findest du dieses SOS-Infoblatt auch als ausfüllbare PDF-Vorlage (optional) zum Download und vieles mehr.

Hersteller + verantwortliche Person:

BS Apotheken OHG

Grüner Weg 1 | 49196 Bad Laer | www.sanicare.de

Kontakt Daten:

Telefon: 05424 6 470 100 | E-Mail: service@sanicare.de

Sicherheitshinweis: Unser gesamtes Angebot ist nicht für Kinder unter drei Jahren geeignet.

Mein SOS-Infoblatt

(freiwillige Angaben)

Meine Daten

Name	Nationalität / Religion
Vorname	Muttersprache
Geburtsdatum	Krankenkasse
Straße, Hausnummer	Versicherungsnummer
PLZ, Ort	Blutgruppe

Beschreibe jede **Allergie** oder **Unverträglichkeit (auch Medikamente)**, unter der du leidest.

Beschreibe **Krankheiten** oder **Arzneitherapien**, die Einfluss auf eine Notfallbehandlung haben können.

Herzinfarkt	☐ nein	☐ ja	Wann?	
Antikoagulation (Blutverdünnung)	☐ nein	☐ ja	Wann?	
Herzschrittmacher	☐ nein	☐ ja	Wann?	
Bypass-Operation/-en	☐ nein	☐ ja	Wann?	
Hypertonie (Bluthochdruck)	☐ nein	☐ ja	Wann?	
Asthma, Chronische Bronchitis	☐ nein	☐ ja	Wann?	
Diabetes (Zuckerkrankheit)	☐ nein	☐ ja	Wann?	
Anfallsleiden / Epilepsie	☐ nein	☐ ja	Wann?	
Nierenerkrankungen	☐ nein	☐ ja	Wann?	
Dialysebehandlungen	☐ nein	☐ ja	Wann?	
Hämophilie (Bluterkrankheit)	☐ nein	☐ ja	Wann?	
Schlaganfall	☐ nein	☐ ja	Wann?	

Impfungen (Präparat / Datum) oder wo hast du deinen **Impfpass** (Raum / Ort)?

Gibt es noch **weitere Diagnosen / Informationen?**

(z. B. Hör-, Sprech-, Seh-, Bewegungseinschränkungen, Behinderungen, Hilfsmittel, Sonstiges)

Beschreibe **wichtige operative Eingriffe** (z. B. Unfälle, Implantate).

Welche **Medikamente** nimmst du **täglich** ein? (Präparat / Dosis / seit (Datum))

(Sofern vorhanden, lege der SOS-Infodose eine Kopie des aktuellen Medikamentenplans bei.)

Deine Hausarztpraxis

Name

Anschrift

Telefonnummer

Wo hast du deine(n) ... (Raum / Ort)

Medikamente

Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

Organspendeausweis

Notfallordner

Wer pflegt dich?

☐ Privat

Name

Anschrift

Telefonnummer Arbeit

Telefonnummer Privat

Telefonnummer Mobil

Wer pflegt dich?

☐ Pflegedienst

Name

Anschrift

Telefonnummer Arbeit

Telefonnummer Privat

Telefonnummer Mobil

Notfall-Kontaktperson 1

Name

Beziehung

Anschrift

Telefonnummer Arbeit

Telefonnummer Privat

Telefonnummer Mobil

Notfall-Kontaktperson 2

Name

Beziehung

Anschrift

Telefonnummer Arbeit

Telefonnummer Privat

Telefonnummer Mobil

Folgende Person verlässt sich auf meinen täglichen Kontakt

und benötigt Pflege oder wird von der Kita / Schule bzw. Einrichtung abgeholt.

Name

Anschrift

Telefon

Telefon Mobil

Hast du Haustiere?

☐

Nein

☐

Ja, Anzahl:

Besonderheiten bei der Pflege des/der Haustiere(s)

Tierart/Rasse

Name

Wer kann sich im Notfall um das Haustier kümmern bzw. es versorgen?

Name

Telefon Mobil

Wer hat dieses SOS-Infoblatt ausgefüllt?

Name

Beziehung

Ich versichere alle Angaben nach meinem besten Wissen gemacht zu haben. Des Weiteren habe ich verstanden, dass ich selbst verantwortlich bin, **dass alle Angaben auch weiterhin von mir auf dem neuesten Stand gehalten werden.** Hinweis: Die Nutzung dieses Infoblatts sowie die gemachten Angaben liegen ausschließlich in Eigenverantwortung des Unterschreibenden.

Datum

Unterschrift

Unterschrift in Druckbuchstaben