

## SOS Notfallbox

**Berichterstatter:**

Jürgen Karad  
stellvertretender  
Vorsitzender  
Seniorenvertretung  
Lohmar



## SOS Notfallbox Handlungsansatz

Die SOS Notfallbox dient als **lebensrettende Informationsquelle**, mit einem inliegenden Faltblatt über alle relevanten medizinischen und für den Arzt wichtigen Informationen über die Bewohner. Diese Informationen benötigt jeder **Notarzt, Rettungsdienst, oder Krankenwagenbesatzungen**, die bei einem **Notfall vor Ort** ankommen und die richtige weitere Behandlung sicherstellen wollen. Dies kann Leben retten.

## SOS Notfallbox

Die Box



gehört in den Kühlschrank

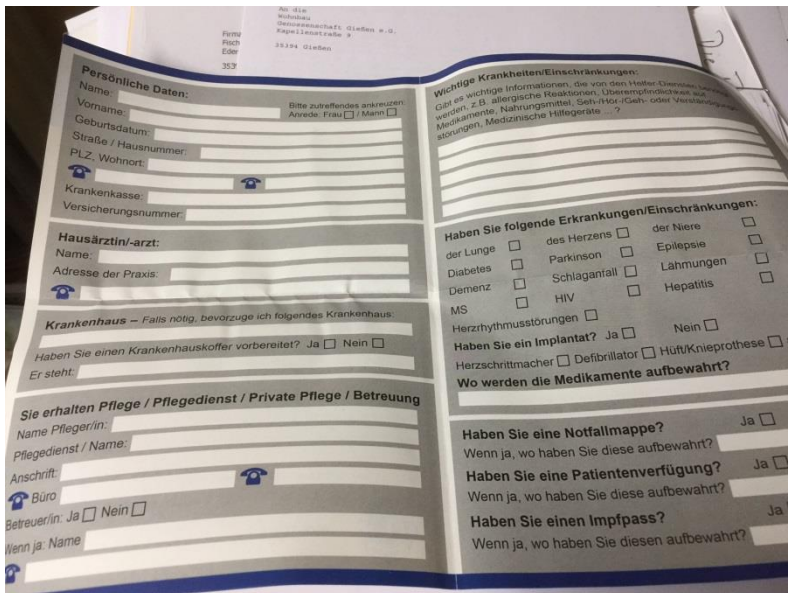


Der Aufkleber gehört  
außen auf den Kühlschrank  
und  
innen an die Haus-/Wohnungs-Eingangstür

# SOS Notfallbox

## Inhalt der Box

- persönliche Daten
- wichtige Informationen wie den Hausarzt, den Pflegedienst
- Krankheiten
- Medikamente
- Personen, die im Notfall informiert werden sollen.



Nr. 616  
 Schönbau  
 Oberwallstraße 11a  
 Kapellenstraße 4  
 53224 Lohmar

Firma  
 Risch  
 353

**Persönliche Daten:**  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Bitte zusehendes ankreuzen  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Anrede: Frau  / Mann   
 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   
 Wann ja: Name \_\_\_\_\_

**Wichtige Krankheiten/Einschränkungen:**  
 Geben Sie wichtige Informationen, die von den Helfern übergeben werden müssen, z.B. allergische Reaktionen, Überempfindlichkeit auf Medikamente, Nahrungsmittel, Stoffe, Gerüche oder Verabreichungsstörungen, Medizinische Hilfegeräte, an.

**Haben Sie folgende Erkrankungen/Einschränkungen:**  
 der Lunge  des Herzens  der Niere   
 Diabetes  Parkinson  Epilepsie   
 Demenz  Schlaganfall  Lähmungen   
 MS  HIV  Hepatitis   
 Herzrhythmusstörungen   
**Haben Sie ein Implantat?** Ja  Nein   
 Herzschrittmacher  Defibrillator  Hüft/Knieprothese   
**Wo werden die Medikamente aufbewahrt?**

**Haben Sie eine Notfallmappe?** Ja   
 Wenn ja, wo haben Sie diese aufbewahrt? \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Patientenverfügung?** Ja   
 Wenn ja, wo haben Sie diese aufbewahrt? \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Impfpass?** Ja   
 Wenn ja, wo haben Sie diesen aufbewahrt? \_\_\_\_\_

Evtl. auch die Info, ob es Haustiere gibt, um die sich jemand kümmern muss.

# SOS Notfallbox

## Information zur Box



## SOS Notfallbox Zielgruppe Box

Lohmarer Bürger über 60 Jahre  
max. ca. 8.000 Personen

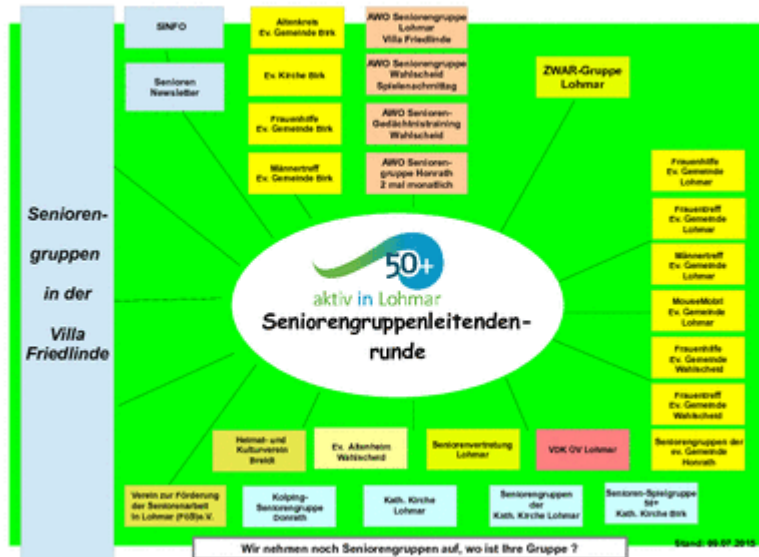
1. Runde  
**2.500 Dosen**

(Finanzierung ist gesichert)

# SOS Notfallbox Vertriebsweg

zielgerichtet, möglichst wenig Streuverlust, über:

- Ärzte, Apotheken,
- ambulante Dienste
- Notfalldienste
- Sozialdienste
- Seniorennetzwerk Lohmar
- Lions-Club-Lohmar



## **SOS Notfallbox Information der Notfallhelfer**

**persönlich  
durch  
Mitglieder  
Lions-Club-Lohmar**

- Rettungsdienste
- Zentrale 112 und 110
- Notärzte
- Hausärzte
- örtliche Polizei
- Feuerwachen in den Ortsteilen



## SOS Notfallbox Aktionsstart

eigentlich sofort

wegen **Lieferschwierigkeiten** der Box  
verschoben auf **Frühjahr 2019**