

# SOS-Dose. Informationen im medizinischen Notfall.

**Lebensrettende Informationen an einem Ort zu haben, spart im medizinischen Notfall wertvolle Zeit. Die SOS-Dose bietet Ihnen genau diese Möglichkeit.**

1. Füllen Sie die folgenden Seiten mit Kugelschreiber und in Blockschrift aus.
2. Falten Sie anschliessend das Formular, rollen dieses ein und packen es in die SOS-Dose. Die Dose stellen Sie danach gut sichtbar in den Kühlschrank.
3. Der Aufkleber am Kühlschrank und innen an der Haustüre lassen die Retter wissen, dass Sie eine SOS-Dose besitzen.
4. Ersatzformulare erhalten Sie in den CSS-Agenturen Zug und Rotkreuz, bei der Pro Senectute Kanton Zug sowie beim SRK Zug.

## **Nehmen Sie bei Fragen mit uns Kontakt auf:**

CSS Versicherung  
Telefon 058 277 22 22  
[sos-dose@css.ch](mailto:sos-dose@css.ch)

Oder informieren Sie sich auf unserer Webseite  
[www.css.ch/sos-dose](http://www.css.ch/sos-dose)



## Persönliche Daten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht  weiblich  männlich

Strasse/Hausnummer

PLZ/Ort

Tel. Festnetz

Mobile

Foto

## Krankenversicherer

Grundversicherung

Zusatzversicherung

## Hausärztin/-arzt

Name

Adresse der Praxis

Telefonnummer

## Spital

Falls nötig, bevorzuge ich folgendes Spital

Haben Sie einen Spitalkoffer vorbereitet?  ja  nein

Er steht

## Sie erhalten Pflege

Name Ansprechperson

Pflegedienst Organisation

Adresse

Telefonnummer

## Wichtige Krankheiten/Einschränkungen

Geben Sie hier wichtige Informationen für den Notfallarzt/Rettungsdienst an. Allergien, Überempfindlichkeit auf Medikamente oder Nahrungsmittel, Verständigungsschwierigkeiten, Hör- oder Sehprobleme, medizinische Hilfsgeräte usw. (evtl. Zusatzblatt verwenden).

---

---

### Nehmen Sie Medikamente gegen:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma         | <input type="checkbox"/> MS                | <input type="checkbox"/> Schlaganfall  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes       | <input type="checkbox"/> Parkinson         | <input type="checkbox"/> Lähmung       |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie      | <input type="checkbox"/> Demenz            | <input type="checkbox"/> Herzprobleme  |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck hoch | <input type="checkbox"/> Blutdruck niedrig | <input type="checkbox"/> Blutverdünner |

Andere:

---

- 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?

---

## Personen, die im Notfall zu informieren sind:

1. Name, Vorname

Verhältnis zu mir

Adresse

Telefonnummer

2. Name, Vorname

Verhältnis zu mir

Adresse

Telefonnummer

**Halten Sie Haustiere?**

ja  nein

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