



Diesen Notfall-Ausweis
sollten Sie immer
bei sich tragen.
Er kann Ihr Leben retten!

Notfall-Ausweis

ORGANSPENDE-AUSWEIS

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

- JA**, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.
- JA**, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen und Gewebe.

Über **JA** und **NEIN** soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname _____
 Straße/Nr. _____
 PLZ/Wohnort _____
 Telefon _____
 Datum / Unterschrift _____

Bei Unfall/Notfall bitte benachrichtigen

Name _____
 Vorname _____
 Straße _____
 PLZ/Wohnort _____
 Telefon _____

Patientenverfügung

Ja Nein

Bevollmächtigte Person

Name _____
 Vorname _____
 Straße _____
 PLZ/Wohnort _____
 Telefon _____

Eigene Anschrift

Name _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Straße _____
 PLZ/Wohnort _____
 Telefon _____

Hausarzt

Name _____
 Anschrift _____

Krankenkasse

Telefon _____

Versicherungs-Nr.

Pflegedienst

Anwendung dieser Medikamente

Cortison Heparin Insulin Marcumar

Sonstige: _____

Besonderheiten

Herzschrittmacher Verwirrtheit

MRSA Weglaufendenz

Sonstiges: _____

Vorhandene Hilfsmittel

Hörgeräte Sehhilfe Gehhilfe

Prothese unten Prothese oben

Anderer Hilfsmittel

Aktuelle Medikamente

Namen aller regelmäßig eingenommenen Medikamente:

Morgens _____

Mittags _____

Abends _____

Nachts _____

Allergien / Unverträglichkeiten

Blutgruppe und Rh-Faktor

Letzte Krankenhausaufenthalte

Diese Daten werden nur im Notfall verwendet.

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in einer Notfallsituation an den Rettungsdienst weitergegeben werden dürfen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Erkrankungen / Vorerkrankungen

Herzinfarkt Ja Nein

Bypass-Operation/en Ja Nein

Antikoagulation (Blutverdünnung) Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Bluthochdruck Ja Nein

Asthma/chronische Bronchitis Ja Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein

Dialyse seit: _____

Hämophilie (Bluterkrankung) Ja Nein

Welcher? _____

Epilepsie (Fallstuhl) Ja Nein

Glaukom (grüner Star) Ja Nein