

# Notfallausweis zum Ausdrucken

## Anleitung:

1. Schneiden Sie den Notfallausweis einmal ringsherum aus
2. Knicken Sie das Papier entlang der gestrichelten Linie nach hinten
3. Falten Sie den Notfallausweis von links nach rechts zweimal nach hinten

1. ✂

2. -----

3.

<p><b>Organspendeausweis</b> nach § 2 des Transplantationsgesetzes</p> <p><input type="checkbox"/> <b>JA</b>, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>JA</b>, ich gestatte dies, mit <b>Ausnahme</b> folgender Organe/Gewebe: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>JA</b>, ich gestatte dies, jedoch <b>nur</b> für folgende Organe/Gewebe: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>, ich widerspreche einer Entnahme von Organen und Geweben.</p> <p><input type="checkbox"/> Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:</p> <p>Name _____ Telefon _____ Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>	<p><b>Blutgruppe und Rh-Faktor</b> (Wird beides im Notfall neu bestimmt)</p> <p>_____</p> <p><b>Bemerkungen und Informationen zu Implantaten, Herzschrittmacher etc.</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Wichtige Telefonnummern</b> Notruf/ Feuerwehr 112 · Polizei 110 Arztlicher Bereitschaftsdienst 116 117</p> <p>Führen Sie Ihren Notfallausweis immer mit sich, er kann lebensrettend sein.</p>	<p><b>Tetanus-Schutzimpfungen</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Datum</td> <td>Präparat + Ch.-B.</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p><b>Medikamentöse Dauertherapie</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Präparat</td> <td>Dosis</td> <td>Seit wann?</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p><b>Medikamentenunverträglichkeiten</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	Datum	Präparat + Ch.-B.																	Präparat	Dosis	Seit wann?															
Datum	Präparat + Ch.-B.																																					
Präparat	Dosis	Seit wann?																																				
<p><b>Erkrankungen / Vorerkrankungen</b></p> <p>Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Bypass-Operation/-en <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Epilepsie (Fallsucht) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Hämophilie (Bluterkrankheit) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Welche? _____</p> <p>Allergien <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Welche? _____</p> <p>Antikoagulation (Blutverdünnung) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Asthma/Chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Diabetes (Zuckerkrankheit) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Dialyse seit: _____</p> <p>Glaukom (Grüner Star) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><b>Bei Unfall bitte benachrichtigen</b></p> <p>Name _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Name _____</p> <p>Vorname _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Hausarzt _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wo hinterlegt? _____</p> <p>_____</p>	<p><b>Notfallausweis</b></p> <p>Passbild</p> <p>Name _____</p> <p>Geburtsdatum _____</p> <p>Straße, Haus-Nr. _____</p> <p>PLZ, Ort _____</p> <p></p>																																				

1. ✂