

Vorerkrankungen

Herzinfarkt ja nein

Bypass-Operation ja nein

Antikoagulation (Blutverdünnung) ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Bluthochdruck ja nein

Asthma/Chronische Bronchitis ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein

Hämophilie (Bluterkrankheit) ja nein

Epilepsie (Fallsucht) ja nein

Glaukom (Grüner Star) ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Dialyse seit _____

Allergien/Unverträglichkeiten ja nein

Welche _____

MRSA ja nein

HIV ja nein

Verwirrtheit ja nein

Schlafapnoe

Ich habe eine obstruktive, zentrale Schlafapnoe und benutze ein Therapiegerät. Bei Bewusstlosigkeit und Narkose muss ich entsprechend beatmet werden.

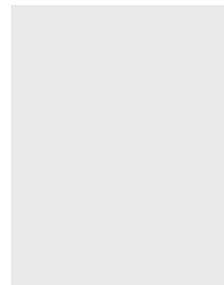
Therapiemodus CPAP, _____

Therapiedruck (hPa) _____

Bemerkungen

Die Daten des Notfallausweises werden nur im Notfall verwendet. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in einer Notfallsituation an den Rettungsdienst weitergeleitet werden dürfen.

Notfallausweis



_____ Name

_____ Vorname

_____ Geburtsdatum

_____ Telefon

_____ Straße und Hausnummer

_____ PLZ, Wohnort

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Marburg

Hausarzt _____

Tel.-Nr. des Arztes _____

Krankenkasse _____

Versicherungsnr. _____

Pflegedienst o.Ä. _____

Patientenverfügung existiert ja nein

Organspendeausweis existiert ja nein, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben

Zu benachrichtigende Personen (Name u. Tel. Nr.)

Bevollmächtigte Pers. od. gesetzl. Betreuer (Name u. Tel. Nr.)

Grunderkrankungen _____

Vorhandene Hilfsmittel Gehhilfe Hörgerät

Sehhilfe Zahnprothese oben Zahnprothese unten

Andere Hilfsmittel _____

Blutgruppe u. Rh-Faktor (werden im Notfall neu bestimmt)

Aktuelle Medikamente
(bitte alle regelmäßig eingenommenen
Medikamente eintragen)

morgens
mittags
abends
nachts

Besondere Medikamente

Marcumar Heparin Cortison Insulin

Tetanus-Schutzimpfungen

Datum Präparat u. Ch.B.
