

## Organspendeausweis

### 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 oder Geweben.

Über **Ja** oder **Nein** soll dann folgende Person entscheiden:

---

Name, Vorname

Telefon

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift

## Bei Unfall bitte benachrichtigen

Name, Vorname

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Telefon (mobil)

Name, Vorname

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Telefon (mobil)

Hausarzt

Telefon

Patientenverfügung

[ ] Ja [ ] Nein

Polizei

110

Notruf/Feuerwehr

112

Ärztlicher Notdienst

# Notfall-Ausweis

Lichtbild

Vorname

Name

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

**Selbsthilfegruppen Schlafapnoe-Atemstillstand**  
**Kreis Bergstraße**  
**Lampertheim, Bensheim und Viernheim**

## Erkrankungen/Vorerkrankungen

Herzinfarkt  Ja  Nein

Bypass-Operation/-en  Ja  Nein

Herzrhythmusstörungen  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher/Defibrillator  Ja  Nein

Bluthochdruck  Ja  Nein

Asthma/chronische Bronchitis  Ja  Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)  Ja  Nein

Nierenerkrankungen  Ja  Nein

Dialyse seit: \_\_\_\_\_

Hämophilie (Bluterkrankheit)  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Allergien  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Epilepsie (Fallsucht)  Ja  Nein

Glaukom (grüner Star)  Ja  Nein

Schlafapnoe  Ja  Nein

## Tetanus-Schutzimpfungen

| Datum | Präparat + Ch.-B. |
|-------|-------------------|
|       |                   |
|       |                   |

## Regelmäßige Medikamenteneinnahme

| Präparat | Dosis | Seit (Datum) |
|----------|-------|--------------|
|          |       |              |
|          |       |              |
|          |       |              |
|          |       |              |
|          |       |              |
|          |       |              |
|          |       |              |
|          |       |              |
|          |       |              |

Antikoagulation (Blutverdünnung)  Ja  Nein

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Vorhandene Hilfsmittel: Sehhilfe [ ] Hörgerät [ ]  
Gehhilfe [ ] Zahnprothese oben [ ] Zahnprothese unten [ ]

Andere Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

## Blutgruppe und Rh-Faktor

(wird beides im Notfall neu bestimmt)

Bemerkungen/Sonstiges:

### Schlafapnoe:

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

Therapiemodus [ ] CPAP, [ ] APAP, [ ] BIPAP

Therapiedruck (hPa) \_\_\_\_\_

Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes