

Organspendeausweis

Für den Fall meines Todes erkläre ich:

- Ja**, ich stimme der Entnahme von Organen, Geweben und Zellen für Transplantationszwecke zu mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

- Folgende Person** soll nach meinem Tode über eine Entnahme entscheiden:

Name Vorname

Telefon

Straße

PLZ, Wohnort

- Nein**, ich stimme einer Entnahme von Organen, Geweben und Zellen **nicht** zu.

Datum, Unterschrift



Bei Unfall bitte benachrichtigen:

Name Telefon

Geschäftlich Mobil

Name Telefon

Geschäftlich Mobil

Hausarzt Telefon

Polizei 110
Notruf/Feuerwehr 112
Ärztlicher Notdienst 116 117

Nützliche Informationen:
www.seniorenforum-wuerzburg.de



NOTFALL- AUSWEIS

Führen Sie diesen Ausweis immer mit sich – er kann lebensrettend sein.

Foto



Name Vorname

Geburtsdatum Konfession

Wohnort

Straße



Erkrankungen/Vorerkrankungen

Allergien: ja nein
welche _____

Antikoagulation (Blutverdünnung) ja nein

Asthma/chronische Bronchitits ja nein

Bluthochdruck ja nein

Bypass-Operationen ja nein

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ja nein

Epilepsie (Fallsucht) ja nein

Gicht ja nein

Glaukom (Grüner Star) ja nein

Große Operationen ja nein

Hämophilie (Bluterkrankheit) ja nein
welche _____

Herzinfarkt ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Lebererkrankung: ja nein

Chronische Hepatitis

Nierenerkrankungen: ja nein

Dialyse seit _____

Schlaganfall ja nein

Stoffwechselkrankheit: ja nein

welche _____

Tetanus-Schutzimpfungen

Datum Präparat + Ch.B.

Medikamente

Präparat Dosis seit

Vermerke

Blutgruppe und Rh-Faktor:

(wird beides im Notfall neu bestimmt)

Bemerkungen / Sonstiges

Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes