

Vorerkrankungen

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzinfarkt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Bypass-Operation | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Antikoagulation (Blutverdünnung) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Asthma/Chronische Bronchitis | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hämophilie (Bluterkrankheit) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie (Fallsucht) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Glaukom (Grüner Star) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Dialyse seit _____ | | |
| Allergien/Unverträglichkeiten | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Welche _____ | | |
| _____ | | |
| MRSA | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| HIV | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Verwirrtheit | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

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.

Datum _____ Unterschrift _____

Notfallausweis

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Straße und Hausnummer

PLZ, Wohnort

Landesverband Baden-Württemberg
Schnarchen – Schlafapnoe e.V.
www.lvbwss.de



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.
