

Vorerkrankungen:

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

Schlafapnoe

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

Therapiemodus CPAP,

Therapiedruck (hPa)

.....

.....

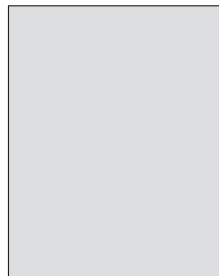
Bemerkungen

.....
.....
.....

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



RUHRLANDKLINIK
Westdeutsches Lungenzentrum
ein Tochterunternehmen der
Universitätsklinikum Essen



Selbsthilfe Schlafapnoe in Essen e.V.
www.schlafapnoe-essen.de

Hausarzt:

Tel.-Nr. des Arztes:

Krankenkasse:

Versicherungsnr.:

Pflegedienst o.Ä.:

Patientenverfügung ja nein

Organspende Ausweis ja nein ich

widerspreche der Entnahme von Organen oder Geweben

Zu benachrichtigende Personen (Name und Tel.-Nr.):

.....

.....

.....

Bevollmächtigte Pers. oder gesetzl. Betreuer
(Name und Telefon-Nummer)

.....

.....

.....

Grunderkrankungen

.....

.....

.....

Vorhandene Hilfsmittel: Gehhilfe Hörgerät

Sehhilfe Zahnprothese oben unten

Andere Hilfsmittel

.....

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

.....

Besondere Medikamente

Marcumar Heparin Cortison Insulin

Aktuelle Medikamente

(bitte alle regelmäßig eingenommen
Medikamente eintragen)

	morgens	mittags	abends
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tetanus-Schutzimpfungen

Datum Präparat u. Ch.B.

.....

.....

.....

Selbsthilfe Schlafapnoe in Essen e.V.
www.schlafapnoe-essen.de

