

### 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

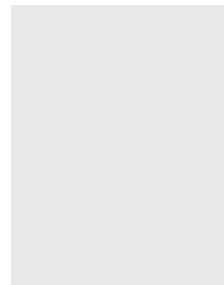
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Schlafapnoe Selbsthilfe Mainz und Umgebung e.V.**

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.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_