

## 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](http://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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Besondere Medikamente**

Marcumar  Heparin  Cortison  Insulin

\_\_\_\_\_

**Tetanus-Schutzimpfungen**

Datum                      Präparat u. Ch.B.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

morgens  
mittags  
abends  
nachts