

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

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 _____

FÜRS LEBEN
FÜR ORGANSPENDE



Bei Unfall bitte benachrichtigen:

Name _____ Telefon _____

Geschäftlich _____ Mobil _____

Name _____ Telefon _____

Geschäftlich _____ Mobil _____

Hausarzt _____ Telefon _____

Polizei 110
Notruf/Feuerwehr 112

Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.



NOTFALL- AUSWEIS

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

Raum
für
Lichtbild

Name _____ Vorname _____

Geb. _____ Konfession _____

Wohnort _____

Straße _____

DRF Luftrettung

Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.



Erkrankungen/Vorerkrankungen

Herzinfarkt ja nein

Bypass-Operationen ja nein

Antikoagulation (Blutverdünnung) ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Bluthochdruck ja nein

Asthma/chronische Bronchitis ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Dialyse seit: _____

Hämophilie (Bluterkrankheit) ja nein

welche: _____

Allergien ja nein

welche: _____

Epilepsie (Fallsucht) ja nein

Glaukom (Grüner Star) ja nein

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



Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.