

## Organspendeausweis

### nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

**Ja**, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

**Ja**, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

\_\_\_\_\_

**Ja**, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

**Nein**, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

Über **Ja** oder **Nein** soll dann folgende Person entscheiden:

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

Straße, Nr.

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift

## Bei Unfall bitte benachrichtigen

\_\_\_\_\_

Name, Vorname                      Telefon

\_\_\_\_\_

Geschäftlich                      Mobil

\_\_\_\_\_

Name, Vorname                      Telefon

\_\_\_\_\_

Geschäftlich                      Mobil

\_\_\_\_\_

Hausarzt                      Telefon

**Polizei 110**  
**Notruf/Feuerwehr 112**

30.1/026 11/2012 V

Raum  
für  
Lichtbild

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Geb.

\_\_\_\_\_

Konfession

\_\_\_\_\_

Straße, Nr.

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

## Notfall-Ausweis

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



## Erkrankungen/Vorerkrankungen

**Herzinfarkt**  Ja  Nein

**Bypass-Operation/-en**  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.

## Medikamentöse Langzeitbehandlung

Präparat	Dosis	Seit (Datum)

Vermerke: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Blutgruppe und Rh-Faktor

(wird beides im Notfall neu bestimmt)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bemerkungen/Sonstiges:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes