NOTIZEN

Vorerkrankungen:

Chronische Bronchitis	ja ☐	nein ☐
Antikoagulation (Blutverdünnung)	ja ☐	nein ☐
Asthma/ Allergien/Unverträglichkeiten	ja ☐	nein ☐

Wenn ja, welche? .....

.....

Bluthochdruck	ja ☐	nein ☐
Bypass-Operation	ja ☐	nein ☐
Diabetes (Zuckerkrankheit)	ja ☐	nein ☐
Epilepsie (Fallsucht)	ja ☐	nein ☐
Glaukom (Grüner Star)	ja ☐	nein ☐
Herzinfarkt	ja ☐	nein ☐
Herzschrittmacher	ja ☐	nein ☐
HIV	ja ☐	nein ☐
Hämophilie (Bluterkrankheit)	ja ☐	nein ☐
MRSA	ja ☐	nein ☐
Verwirrtheit	ja ☐	nein ☐
Nierenerkrankungen	ja ☐	nein ☐

Dialyse seit: .....

.....

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

NOTFALLSAUSWEIS

Foto

Nachname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

gefördert aus den Mitteln der Sozialversicherung
www.schlafapnoe-shg.at

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Österreich

Persönlicher Arzt:

Hausarzt: .....

Tel.-Nr. des Arztes: .....

Krankenkasse: .....

Versicherungsnr.: .....

Pflegedienst o.Ä.: .....

Organspendeausweis existiert : ja ☐ nein ☐ ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

Patientenverfügung existiert: ja ☐ nein ☐

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

.....

.....

Sonstiges:

Bevollmächtigte Personen od. gesetzlichen Betreuer

Name: .....

Telefonnr.: .....

Grunderkrankungen:

.....

.....

Vorhandene Hilfsmittel:

Gehhilfe ☐

Hörgerät ☐

Sehhilfe ☐

Zahnprothese oben ☐

Zahnprothese unten ☐

Andere Hilfsmittel ☐

Blutgruppe u. Rh-Faktor:

(werden im Notfall neu bestimmt)

.....

.....

.....

.....

www.schlafapnoe-shg.at

Aktuelle Medikamente:

(Regelmäßig eingenommenen Medikamente)

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

Besondere Medikamente:

Marcumar ☐ Heparin ☐ Cortison ☐ Insulin ☐

Tetanus-Schutzimpfungen:

Datum	Präparat u. Ch.B.
.....	.....
.....	.....
.....	.....

gefördert aus den Mitteln der Sozialversicherung
www.schlafapnoe-shg.at

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Österreich