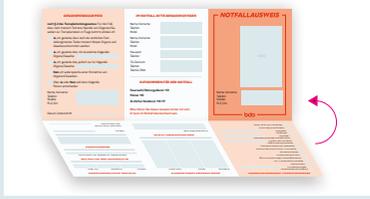


1) Füllen Sie das Dokument in einem PDF-Anzeigeprogramm vollständig aus (z.B. mit Adobe Acrobat PDF Reader).  
Tipp: Nutzen Sie für ein bequemes Ausfüllen die Funktion *Anzeige drehen* unter *Menü* → *Anzeige* → *Anzeige drehen*.

2) Drucken Sie das Dokument aus. Wählen Sie dazu für die Seiteneinstellung *Tatsächliche Größe* aus.

3) Schneiden Sie den Ausweis entlang der gestrichelten Linie aus.

4) Falten Sie den Ausweis der Länge nach so, dass die leeren Rückseiten aufeinander liegen.



5) Falten Sie die beiden äußeren Seiten der Vorderseite (Organspendeausweis und Deckblatt) so nach innen, dass diese bündig mit den roten Markierungslinien auf der mittleren Seite der Innenseite (Regelm. Medikamente) abschließen.



6) Bestreichen Sie den Ausweis innen entlang der offenen Ränder auf der inneren (unbedruckten Seite) mit etwas Klebstoff und pressen Sie ihn anschließend fest zusammen.



## 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/Geweben.
- Über **Ja** oder **Nein** soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname:  
Telefon:  
Straße:  
PLZ, Ort:

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Stempel, Unterschrift  
des Hausarztes

Datum: \_\_\_\_\_

Präparat/Wirkstoff: \_\_\_\_\_

## KONTRAINDIZIERT/CAVE!

## BEMERKUNGEN

(Wird beides im Notfall neu bestimmt)

## BLUTGRUPPE UND RH-FAKTOR

Datum: \_\_\_\_\_  
Präparat: \_\_\_\_\_  
Ch-Bez.: \_\_\_\_\_

## TETANUS-SCHUTZIMPFUNGEN

## IM NOTFALL BITTE BENACHRICHTIGEN

Name, Vorname:  
Telefon:  
Mobil:

Name, Vorname:  
Telefon:  
Mobil:

Hausarzt:  
Telefon:

TX-Zentrum:  
Telefon:  
Telefon ZNA:

## RUFNUMMERN FÜR DEN NOTFALL

Feuerwehr/Rettungsdienst: 112

Polizei: 110

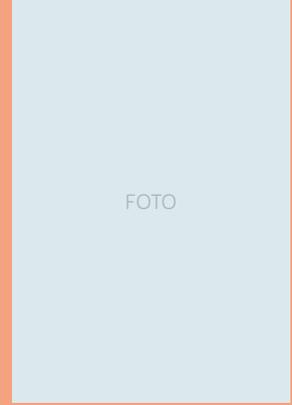
Ärztlicher Notdienst: 116 117

**Bitte führen Sie diesen Ausweis immer mit sich.  
Er kann im Notfall lebensrettend sein.**

Präparat: \_\_\_\_\_  
Dosis: \_\_\_\_\_  
Seit wann: \_\_\_\_\_

## REGELMÄSSIGE MEDIKAMENTE

## NOTFALLAUSWEIS



Name, Vorname:  
Telefon:  
Straße:  
PLZ, Ort:



- Organtransplantation: Welche/Wann?
- Herzinfarkt
- Bypass-Operation / -en
- Antikoagulation (Blutverdünnung)
- Herzschrittmacher
- Bluthochdruck
- Asthma / Chronische Bronchitis
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Nierenkrankungen
- Dialyse seit wann?
- Hämophilie (Bluterkrankheit)
- Welche:
- Allergien
- Welche?
- Epilepsie (Fallsucht)
- Glaukom (Grüner Star)

## ERKRANKUNGEN / VORERKRANKUNGEN