

Tetanus-Schutzimpfungen  
*Tetanus vaccination*

Datum Date	Präparat + Ch.-B. Preparation + batch no.
---------------	--

Blutgruppe und RH-Faktor  
*Blood type and Rh factor*

(Wird beides im Notfall neu bestimmt)  
(Both will be checked in an emergency)

Bemerkungen *Comments*

Medikamentöse Dauertherapie  
*Continuous medication*

Präparat Preparation	Dosis Dose	Seit wann? Since when?
-------------------------	---------------	---------------------------

Datum  
Date

Stempel, Unterschrift des Arztes  
Stamp, signature of doctor

**Führen Sie diesen Ausweis immer mit sich,  
er kann lebensrettend sein.  
Please carry this card with you at all times,  
it may save your life.**

**Polizei 110 Notruf / Feuerwehr 112**  
**Police 110 Emergency / Fire service 112**

Notizen Notes



**Internationaler Notfallausweis**  
**International emergency health card**

Name Surname

Vorname First name

Geburtsdatum Date of birth

Straße, Nr. Street

PLZ, Ort Postcode, town/city

**mhplus**  
Krankenkasse.

Bei Unfall bitte benachrichtigen  
*In the event of accident, please contact*

1

Name Surname

Vorname First name

Telefon Phone

Mobil Mobile

2

Name Surname

Vorname First name

Telefon Phone

Mobil Mobile

Hausarzt General practitioner

Telefon Phone

Patientenverfügung Advance direct Ja Yes Nein No

Wo? Where?

**Erkrankungen / Vorerkrankungen**  
*Illnesses / Pre-existing conditions*

Herzinfarkt *Heart attack* Ja *Yes*      Nein *No*

Bypass-Operation /-en  
*Bypass operation(s)*      Ja *Yes*      Nein *No*

Antikoagulation  
(Blutverdünnung)  
*Anticoagulation  
(blood thinning)*      Ja *Yes*      Nein *No*

Herzschrittmacher  
*Pacemaker*      Ja *Yes*      Nein *No*

Bluthochdruck  
*High blood pressure*      Ja *Yes*      Nein *No*

Asthma /  
Chronische Bronchitis  
*Asthma /  
Chronic bronchitis*      Ja *Yes*      Nein *No*

Diabetes (Zuckerkrankheit)  
*Diabetes*      Ja *Yes*      Nein *No*

Nierenerkrankungen  
*Kidney disease*      Ja *Yes*      Nein *No*

Dialyse seit: *Dialysis since:*

Hämophilie (Bluterkrankheit)  
*Haemophilia*      Ja *Yes*      Nein *No*

Welche? *Which type?*

Allergien *Allergies*      Ja *Yes*      Nein *No*

Welche? *Which ones?*

Epilepsie (Fallsucht)  
*Epilepsy*      Ja *Yes*      Nein *No*

Glaukom (Grüner Star)  
*Glaucoma*      Ja *Yes*      Nein *No*

**Organspendeausweis**  
*Organ donor identity card*

**Nach § 2 des Transplantationsgesetzes**  
***According to section 2 of the German Transplant Act***

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

*In the event that, after my death, a donation of organs / tissues for transplantation is possible, I declare as follows:*

Ja, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe / Gewebe entnommen werden dürfen.  
*Yes, I give permission that, after medical determination of my death, organs and tissues may be removed from my body.*

Ja, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe / Gewebe:  
*Yes, I give permission for removal, with the exception of the following organs / tissues:*

Ja, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe / Gewebe:  
*Yes, I give permission for removal, but only for the following organs / tissues:*

Nein, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.  
*No, I refuse permission for the removal of organs or tissues.*

Über Ja oder Nein soll dann folgende Person entscheiden:  
*The following person shall decide in such a case whether permission is given or not:*

Name *Surname*

Vorname *First name*

Straße, Nr. *Street*

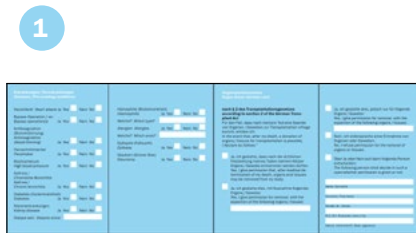
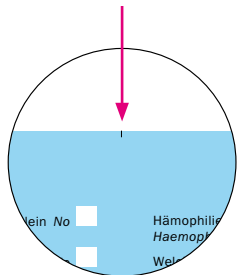
PLZ, Ort *Postcode, town / city*

Datum, Unterschrift *Date, signature*

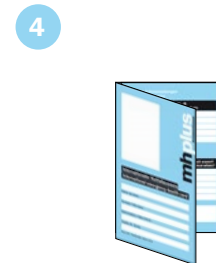
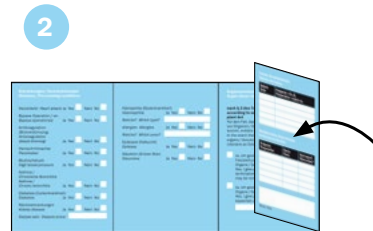
Dieses PDF können Sie mit dem Computer ausfüllen (bitte hierfür die aktuelle Version des Programms Acrobat Reader nutzen). Das Fotofeld ermöglicht es Ihnen, eine Bilddatei mit Ihrem Passfoto in das Dokument zu laden.

Bitte drucken Sie das fertig ausgefüllte Dokument mit der Druckmenüeinstellung „beidseitig“ auf Ihrem Drucker aus und wählen dabei zusätzlich die Layoutoption „Bindung an kurzer Kante“. Sollte Ihr Drucker diese Funktionen nicht besitzen, drucken Sie am besten zuerst die PDF-Seite 1 und legen das ausgedruckte Blatt erneut so in den Drucker ein, dass Sie die PDF-Seite 2 auf die leere Rückseite drucken können. Nun lässt sich Ihr Notfallausweis an einem Stück ausschneiden und entsprechend der Falzanleitung falten. Unterschreiben nicht vergessen.

Als Falthilfe finden sie am Rand kleine, schwarze Falzmarken.



Innenseiten



In der Mitte falten



Bitte tragen Sie diesen möglicherweise lebensrettenden Ausweis immer bei sich!