

Ich bin damit einverstanden, dass in einer Notsituation diese Daten an einen Helfer oder Rettungsdienst weitergegeben werden. / I agree that in case of an emergency situation this data will be forwarded to a helper or rescue service.

Datum, Unterschrift / date, signature

Polizei / police	110
Notruf/Feuerwehr / emergency call/fire department	112
Ärztlicher Notdienst / emergency service	116117

Landratsamt Passau  
Fachstelle Senioren  
[www.landkreis-passau.de](http://www.landkreis-passau.de)

Bildnachweis@Robert Kneschke – Fotolia.com  
Alle Angaben ohne Gewähr!



Tetanus-Schutzimpfungen / tetanus vaccination

Datum / date      Präparat + Ch.-B. / preparation

Regelmäßige Medikamenteneinnahme/  
long term medication

Präparat /      Dosis /      Seit (Datum) /  
preparation      dosage      since (date)

Besonderheiten / particularities:

- Herzschrittmacher / pacemaker
- Gelenkersatz / joint replacement
- Implantate / implants
- Demenz / dementia

Blutgruppe und Rh-Faktor / blood type and Rh-factor:

wird beides im Notfall neu bestimmt /  
both will be redefined in case of emergency

Medikamentenunverträglichkeit / drug intolerance

- ja / yes       nein / no

Bemerkungen / remarks:

Datum / date

Stempel, Unterschrift des Arztes /  
stamp, signature of the doctor



## Notfall-Ausweis Emergency-Card



---

 Vorname / *given name*


---

 Name / *family name*


---

 Geburtsdatum / *date of birth*


---

 Adresse / *address*

 Im Notfall zu verständigen / *emergency contact*


---

 Name / *name*

 Telefon / *phone*


---

 Name / *name*

 Telefon / *phone*


---

 Hausarzt / *attending physician*

 Telefon / *phone*


---

 Krankenkasse / *health insurance*


---

 Bevorzugtes Krankenhaus / *preferred hospital*

 Erkrankungen/Vorerkrankungen / *diseases/pre-existing conditions*

 Allergie/*allergy*
 ja/*yes*  nein/*no*

 gegen/*to* \_\_\_\_\_

 gegen/*to* \_\_\_\_\_

 Antikoagulation (Blutverd.) / *anticoagulation*
 ja/*yes*  nein/*no*

Asthma/chron. Bronchitis

 ja/*yes*  nein/*no*

 Bluthochdruck / *high blood pressure*
 ja/*yes*  nein/*no*

 Bypass-Operation / *bypass surgery*
 ja/*yes*  nein/*no*

 Diabetes mellitus / *diabetes*
 ja/*yes*  nein/*no*

 Epilepsie / *epilepsy*
 ja/*yes*  nein/*no*

 Hämophilie (Bluterkr.) / *hemophilia*
 ja/*yes*  nein/*no*

 Herzinfarkt / *heart attack*
 ja/*yes*  nein/*no*

 Glaukom / *glaucoma*
 ja/*yes*  nein/*no*

 Krebs / *cancer*
 ja/*yes*  nein/*no*

 Nierenerkrankungen / *kidney disease*
 ja/*yes*  nein/*no*
 ja/*yes*  nein/*no*
 ja/*yes*  nein/*no*

 Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht / *patient's provision/health care proxy*

 Aufbewahrungsort / *where to find it*

 Bevollmächtigte/r Name, Telefon / *representative? name, phone*
 Bei Vorsorgeregister.de registriert / *registered at vorsorgeregister.de*

 Organspendeausweis / *organ donor card*

 Für den Fall meines Todes erkläre ich / *i explain in the case of my death:*
 ja, ich stimme der Entnahme von Organen, Geweben und Zellen für Transplantationszwecken zu, mit Ausnahme folgender Organe/Zwecke / *yes, I agree with the removal of organs, tissues and cells for transplantation purposes, except for the following organs/purposes:*
 Nein, ich stimme einer Entnahme von Organen, Geweben und Zellen nicht zu / *No, I do not agree with the removal of organs, tissues and cells*
 folgende Person soll nach meinem Tod über eine Entnahme entscheiden / *if not answered, the following person should decide:*


---

 Name, Vorname / *family name, given name*

 Telefon / *phone*


---

 Adresse / *address*


---

 Datum, Unterschrift / *date, signature*