



§§§

Ich habe eine : Vorsorgevollmacht
 Betreuungsverfügung
 Patientenverfügung

Organspendeausweis:

Nach §2 des Transplantationsgesetzes

Für den Fall, dass eine Spende von Organen / Gewebe von mir in Frage kommt, erkläre ich hiermit:

Ja, ich gestatte, dass, nach der ärztlichen Feststellung meines (Hirn-) Todes, meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

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

Nein, ich widerspreche einer Entnahme von Organen / Gewebe

Datum

Unterschrift

Blutgruppe und Rhesusfaktor

(wird im Notfall neu bestimmt, vor einer Bluttransfusion muss unbedingt die Kreuzprobe gemacht werden)

Blutgruppe	Rh-Faktor

Medizinische Risikofaktoren / Erkrankungen

	ja	nein
Marcumar oder andere Gerinnungshemmer Welche:		
Allergien Welche:		
Herzinfarkt		
Bypass-Operationen		
Coronar-Stents		
Herzschrittmacher		
Implantierter Defibrillator		
Bluthochdruck		
Zuckerkrankheit (Diabetes)		
Behandlung mit:		
Schlaganfall		
Anfallsleiden / Fallsucht (Epilepsie)		
Dialyse-Behandlung		
Lebererkrankungen (chron. Hepatitis)		
Asthma / chronische Bronchitis		
HIV		
Grüner Star (Glaukom)		
Kontaktlinsen		
Metall (Implantate) im Körper		
Andere wichtige Erkrankungen Welche:		

St. Josef Krankenhaus Moers

**Notfallausweis**

von:

Überreicht durch (Stempel der Einrichtung):

Im Notfall bitte benachrichtigen:

Name, Vorname

Telefon

Nachweis einer Tetanus-ImpfungOben genannter Patient erhält aufgrund einer Verletzung **Tetanus-Immunglobulin**

Präparat	Dosis	Datum	Unterschrift

und gleichzeitig Tetanus-Impfstoff

Präparat	Dosis	Datum	Unterschrift
Tetanol	0,5ml		
Tetanol	0,5ml		
Tetanol	0,5ml		
Tetanol	0,5ml		

Zum Tetanus-Sofortschutz erhalten Sie heute die oben angegebenen Injektionen. Ihr weiterbehandelnder Arzt entscheidet, ob Sie weitere Impfungen brauchen. Bitte verpassen Sie die Termine nicht und bringen Sie diesen Nachweis wieder mit.

Der Nachweis der Impfungen ersetzt nicht den internationalen Impfausweis. Lassen Sie bitte zur Langzeitdokumentation die oben angegebenen Impfungen von Ihrem weiterbehandelnden Arzt in Ihren Impfpass übertragen.

Die nächsten Termine:

--	--	--

Revision 0	erstellt	geprüft	freigegeben
Datum	30.09.2015	01.10..2015	01.10.2015
Namen	Dr. Rainer Körte Andreas Bogumil	Dr. Michael Jonas	Dr. Thomas Ziegenfuß

**Medikamentöse Langzeitbehandlung:**

Name des Präparates	Dosierung / Tag	seit

Hausarzt:**Mitbehandelnder Arzt:****Mitbehandelnder Arzt:****Mitbehandelnder Arzt:**

Bemerkungen / Sonstiges:

Revision 0	erstellt	geprüft	freigegeben
Datum	30.09.2015	01.10..2015	01.10.2015
Namen	Dr. Rainer Körte Andreas Bogumil	Dr. Michael Jonas	Dr. Thomas Ziegenfuß