

Organspendeausweis

Für den Fall meines Todes erkläre ich:

Ja, ich stimme der Entnahme von Organen, Geweben und Zellen für Transplantationszwecke zu mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

Folgende Person soll nach meinem Tode über eine Entnahme entscheiden:

Name _____ Vorname _____

Telefon _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

Nein, ich stimme einer Entnahme von Organen, Geweben und Zellen nicht zu.

Datum, Unterschrift _____

 **DEUTSCHE STIFTUNG
ORGANTRANSPLANTATION**
Gemeinnützige Stiftung
Koordinierungsstelle Organspende

Bei Unfall bitte benachrichtigen:

Name _____ Telefon _____

Geschäftlich _____ Mobil _____

Name _____ Telefon _____

Geschäftlich _____ Mobil _____

Hausarzt _____ Telefon _____

Polizei 110

Notruf/Feuerwehr 112

Ärztlicher Notdienst 116 117

Nützliche Informationen:

www.seniorenforum-wuerzburg.de



Mit freundlicher Unterstützung

**Sparkasse
Mainfranken Würzburg**

NOTFALL- AUSWEIS

Führen Sie diesen Ausweis immer mit sich – er kann lebensrettend sein.

Foto

Name _____

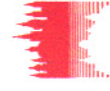
Vorname _____

Geburtsdatum _____

Konfession _____

Wohnort _____

Straße _____



**STADT
WÜRZBURG**

Seniorenvertretung

Erkrankungen/Vorerkrankungen

Allergien: ja nein
welche _____

Antikoagulation (Blutverdünnung) ja nein

Asthma/chronische Bronchitis ja nein

Bluthochdruck ja nein

Bypass-Operationen ja nein

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ja nein

Epilepsie (Fallsucht) ja nein

Gicht ja nein

Glaukom (Grüner Star) ja nein

Große Operationen ja nein

Hämophilie (Bluterkrankheit) ja nein

welche _____

Herzinfarkt ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Lebererkrankung: ja nein

Chronische Hepatitis ja nein

Nierenerkrankungen: ja nein

Dialyse seit _____ ja nein

Schlaganfall ja nein

Stoffwechselerkrankung: ja nein

welche _____

Tetanus-Schutzimpfungen

Datum _____ Präparat + Ch.B. _____

Medikamente

Präparat _____ Dosis _____ seit _____

Vermerke _____

Blutgruppe und Rh-Faktor:

(wird beides im Notfall neu bestimmt)

Bemerkungen / Sonstiges

Datum _____

Stempel, Unterschrift des Arztes _____

