

<p>Wichtige Kontakte</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Familiennamen, Vorname</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">verwandt</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Telefon privat</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Telefon Mobil</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Familiennamen, Vorname</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">verwandt</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Telefon privat</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Telefon Mobil</td> </tr> </table> <p>Hausarzt</p> <p>Telefon _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>EU-Notruf 112 Feuerwehr 122 / Polizei 133 / Rettung 144</p> <p>Organspende Ich will Organspender sein oder Ich will kein Organspender sein, dies habe ich im Widerspruchsregister eingetragen, siehe dazu: www.goeg.at/de/Widerspruchsregister</p> <p>Patientenverfügung siehe www.patientenverfuegung.or.at</p>	Familiennamen, Vorname	verwandt	Telefon privat	Telefon Mobil	Familiennamen, Vorname	verwandt	Telefon privat	Telefon Mobil	<div style="text-align: center; font-size: 24pt; font-weight: bold;">NOTFALL AUSWEIS von</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">Foto</p> <p style="text-align: center;">Breite 25 mm Höhe 29 mm</p> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Familiennamen</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Vorname</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Geburtsdatum</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Telefon</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Wohnadresse</td> </tr> </table> <p>Bei Unfall bitte verständigen</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Familiennamen, Vorname</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">verwandt</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Mobiltelefon</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Telefon privat</td> </tr> </table> <p>Erkrankungen / Vorerkrankungen</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Herzinfarkt</td><td><input type="radio"/> ja</td><td><input type="radio"/> nein</td></tr> <tr><td>Bypass-Operationen</td><td><input type="radio"/> ja</td><td><input type="radio"/> nein</td></tr> <tr><td>Antikoagulation (Blutverdünnung)</td><td><input type="radio"/> ja</td><td><input type="radio"/> nein</td></tr> <tr><td>Herzschrittmacher</td><td><input type="radio"/> ja</td><td><input type="radio"/> nein</td></tr> <tr><td>Bluthochdruck</td><td><input type="radio"/> ja</td><td><input type="radio"/> nein</td></tr> <tr><td>Asthma/Chronische Bronchitis</td><td><input type="radio"/> ja</td><td><input type="radio"/> nein</td></tr> <tr><td>Diabetes (Zuckerkrankheit)</td><td><input type="radio"/> ja</td><td><input type="radio"/> nein</td></tr> <tr><td>Krämpfe / Nervenleiden</td><td><input type="radio"/> ja</td><td><input type="radio"/> nein</td></tr> <tr><td>Nierenerkrankungen</td><td><input type="radio"/> ja</td><td><input type="radio"/> nein</td></tr> <tr><td>Dialyse seit _____</td><td><input type="radio"/> ja</td><td><input type="radio"/> nein</td></tr> <tr><td>Hämophilie (Bluterkrankheit)</td><td><input type="radio"/> ja</td><td><input type="radio"/> nein</td></tr> <tr><td>welche Allergien _____</td><td><input type="radio"/> ja</td><td><input type="radio"/> nein</td></tr> <tr><td>welche _____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Epilepsie (Fallsucht)</td><td><input type="radio"/> ja</td><td><input type="radio"/> nein</td></tr> <tr><td>Glaukorn (Grüner Star)</td><td><input type="radio"/> ja</td><td><input type="radio"/> nein</td></tr> <tr><td>Operationen / andere Risikofaktoren _____</td><td><input type="radio"/> ja</td><td><input type="radio"/> nein</td></tr> <tr><td>welche _____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>Blutgruppe und Rhesus-Faktor</p> <p>_____</p> <p>Bemerkungen / Sonstiges</p> <p>_____ _____ _____</p> <p>Tetanus-Schutzimpfungen</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Präparat</th> <th style="width: 33%;">Dosis</th> <th style="width: 33%;">seit (Datum)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Medikamentöse Langzeitbehandlung</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Präparat</th> <th style="width: 33%;">Dosis</th> <th style="width: 33%;">seit (Datum)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Ort, Datum Stempel/Unterschrift des Arztes</p>	Familiennamen	Vorname	Geburtsdatum	Telefon	Wohnadresse		Familiennamen, Vorname	verwandt	Mobiltelefon	Telefon privat	Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Bypass-Operationen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Antikoagulation (Blutverdünnung)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Asthma/Chronische Bronchitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Krämpfe / Nervenleiden	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Dialyse seit _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche Allergien _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche _____			Epilepsie (Fallsucht)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Glaukorn (Grüner Star)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Operationen / andere Risikofaktoren _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	welche _____			_____			_____			_____			Präparat	Dosis	seit (Datum)										Präparat	Dosis	seit (Datum)									
Familiennamen, Vorname	verwandt																																																																																																						
Telefon privat	Telefon Mobil																																																																																																						
Familiennamen, Vorname	verwandt																																																																																																						
Telefon privat	Telefon Mobil																																																																																																						
Familiennamen	Vorname																																																																																																						
Geburtsdatum	Telefon																																																																																																						
Wohnadresse																																																																																																							
Familiennamen, Vorname	verwandt																																																																																																						
Mobiltelefon	Telefon privat																																																																																																						
Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein																																																																																																					
Bypass-Operationen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein																																																																																																					
Antikoagulation (Blutverdünnung)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein																																																																																																					
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein																																																																																																					
Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein																																																																																																					
Asthma/Chronische Bronchitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein																																																																																																					
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein																																																																																																					
Krämpfe / Nervenleiden	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein																																																																																																					
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein																																																																																																					
Dialyse seit _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein																																																																																																					
Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein																																																																																																					
welche Allergien _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein																																																																																																					
welche _____																																																																																																							
Epilepsie (Fallsucht)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein																																																																																																					
Glaukorn (Grüner Star)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein																																																																																																					
Operationen / andere Risikofaktoren _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein																																																																																																					
welche _____																																																																																																							

Präparat	Dosis	seit (Datum)																																																																																																					
Präparat	Dosis	seit (Datum)																																																																																																					

- Für die korrekte Grösse, passend in die Brieftasche:
1. lokal speichern
 2. ausdrucken
 2. falten
 3. von Ihrem Hausarzt ausfüllen lassen
 4. in die Brieftasche geben