

## Notfallausweis

<p><b>VN NN</b> Strasse Nr. CH-4107 Ettingen, Schweiz Geb.-Dat.</p> <p><b>PHOTO</b></p>	<p>Bei <b>Unfall</b> bitte folgende Personen benachrichtigen: Person 1: +41 61 721 15 88, +41 79 xxx xx xx Person 2: +41 79 xxx xx xx</p> <p><b>Hausarzt:</b> Dr. med. XY, +41 61 xxx xx xx</p> <p><b>Allergien:</b> XY <i>oder Zeile löschen</i></p> <p><b>Blutverdünnung:</b> Ja/nein.</p> <p><b>Medikamente:</b> Keine regelmässige Medikamenteneinnahme <i>oder die wichtigen auflisten.</i></p> <p><b>Organspende:</b> Ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden. <i>Oder diese Zeile entsprechend anpassen.</i></p> <p><b>Unterschrift:</b></p>	<p><b>Erkrankungen/Vorerkrankungen</b></p> <table><tr><td>Herzinfarkt</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td><td><input type="checkbox"/> Nein</td></tr><tr><td>Bypass-Operation/-en</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td><td><input type="checkbox"/> Nein</td></tr><tr><td>Herzrhythmusstörungen</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td><td><input type="checkbox"/> Nein</td></tr><tr><td colspan="3">Welche? _____</td></tr><tr><td>Herzschrittmacher/Defibrillator</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td><td><input type="checkbox"/> Nein</td></tr><tr><td>Bluthochdruck</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td><td><input type="checkbox"/> Nein</td></tr><tr><td>Asthma/chronische Bronchitis</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td><td><input type="checkbox"/> Nein</td></tr><tr><td>Diabetes (Zuckerkrankheit)</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td><td><input type="checkbox"/> Nein</td></tr><tr><td>Nierenerkrankungen</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td><td><input type="checkbox"/> Nein</td></tr><tr><td colspan="3">Dialyse seit: _____</td></tr><tr><td>Hämophilie (Bluterkrankheit)</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td><td><input type="checkbox"/> Nein</td></tr></table>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bypass-Operation/-en	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche? _____			Herzschrittmacher/Defibrillator	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Asthma/chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Dialyse seit: _____			Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																																	
Bypass-Operation/-en	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																																	
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																																	
Welche? _____																																			
Herzschrittmacher/Defibrillator	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																																	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																																	
Asthma/chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																																	
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																																	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																																	
Dialyse seit: _____																																			
Hämophilie (Bluterkrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein																																	

Der Notfallausweis kann als Office Word Dokument von Ghislaine Ackermann per Mail [g.ackermann@bluewin.ch](mailto:g.ackermann@bluewin.ch) angefordert werden.