

Organspendeausweis nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/
Geweben zur Transplantation infrage kommt, erkläre ich:

- Ja, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung
meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe
entnommen werden.
- Ja, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:
[]
- Ja, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:
[]
- Nein, ich widerspreche einer Entnahme von Organen
oder Geweben.
- Über Ja oder Nein soll dann folgende Person entscheiden:

[]
Name, Vorname Telefon

[]
Straße, Nr.

[]
PLZ, Ort

[]
Datum, Unterschrift

Bitte bei Unfall benachrichtigen

[]
Name, Vorname Telefon (privat)

[]
Telefon (geschäftlich) Telefon (mobil)

[]
Name, Vorname Telefon (privat)

[]
Telefon (geschäftlich) Telefon (mobil)

[]
Hausarzt Telefon

Notruf/Feuerwehr 112

Polizei 110

Ärztlicher Notdienst []

Notfall-Ausweis

[]
Name, Vorname

[]
Geburtsdatum

[]
Straße, Nr.

[]
PLZ, Ort

Erkrankungen/Vorerkrankungen

Herzinfarkt Ja Nein

Bypass-Operation/-en Ja Nein

Dialysebehandlungen Ja Nein

Herzrhythmusstörungen Ja Nein

Welche?

Herzschrittmacher/Defibrillator Ja Nein

Bluthochdruck Ja Nein

Asthma/chronische Bronchitis Ja Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein

Dialyse seit:

Hämophilie (Bluterkrankheit) Ja Nein

Welche?

Allergien Ja Nein

Welche?

Epilepsie (Fallsucht) Ja Nein

Glaukom (Grüner Star) Ja Nein

Tetanus-Schutzimpfungen

Datum	Präparat + Ch.-B.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

Präparat	Dosis	Seit (Datum)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Antikoagulation (Blutverdünnung) Ja Nein

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Blutgruppe und Rh-Faktor

(wird beides im Notfall neu bestimmt)

Bemerkungen/Sonstiges

Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes



Wir von hier.
Regional ist beste Wahl.