

Behandelnder Arzt / Ärztin

Stempel

Ärztliche Diagnosen:

Einträge / Streichungen mit Datum nur durch Arzt / Ärztin

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Medikation / Wirkstoff - Dosierung:

Einträge / Streichungen mit Datum nur durch Arzt / Ärztin

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Apotheke

Stempel

Medikation / Wirkstoff - Dosierung:

Einträge / Streichungen mit Datum nur durch Apotheke

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Medikation / Wirkstoff - Dosierung:

Einträge / Streichungen mit Datum nur durch Apotheke

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Dieser Patientenausweis dient der Sicherheit von Patient, Arzt und Apotheker. Er gibt einen sofortigen Überblick über den **Gesundheitszustand** des Patienten.

Er soll Fehlmedikationen/-indikationen vermeiden! Sowohl in der ambulanten Versorgung, bei stationärem Klinik-aufenthalt als auch in lebensbedrohlichen Situationen, in denen der Notarzt sofort über lebenserhaltende Maßnahmen entscheiden muss, vermittelt der Patientenausweis auf einen Blick alle wichtigen Informationen.

Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie Ihre behandelnden Ärzte von deren Schweigepflicht und gestatten die Nutzung der in diesem Ausweis vorhandenen Daten.

| |
|--|
| |
|--|

Datum, Unterschrift Patient

Behandelnder Hausarzt / Hausärztin:

| |
|--|
| |
|--|

Stempel

Haftungsausschluss:

Der Verlag, Herausgeber und Autoren haften nicht für die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der Inhalte und zur Verfügung gestellten Informationen.

Herausgeber / Copyright:

Aktiv Druck & Verlag GmbH
An der Lohwiese 36, 97500 Ebelsbach

Autoren:

Prof. Dr. med. Bernd Landauer
Dr. med. Wolf von Römer
Dr. iur. Elmar Biermann
Bernd Gottesmann

Empfohlen von:

Deutsche Stiftung
für chronisch Kranke
www.dsck.de



Sonderdruck für:

BKK Akzo Nobel Bayern

AKZO NOBEL
BAYERN



Druck ID: 6_4/2016

Auflage: Downloadversion

Nachdruck auch auszugsweise verboten!

DER PATIENTENAUSWEIS

| |
|--------------|
| Name |
| Vorname |
| Geburtsdatum |

Adresse

| |
|----------|
| Straße |
| PLZ, Ort |
| Telefon |

DocGuard®

In Notfällen zu verständigen:

| |
|-------------|
| Herr / Frau |
| Telefon |

- Allergien
 - Anfallsleiden
 - Bluthochdruck
 - Blutverdünnung
 - Diabetes
 - Dialyse
 - Hämatologische Erkrankungen (Anämie, Leukämie, etc.)
 - Herzerkrankungen (Z.n. Herzinfarkt, Koronare Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen, etc.)
 - Immunerkrankungen (Rheuma, Morbus Crohn, etc.)
 - Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, etc.)
 - Lungenleiden (Asthma, COPD, etc.)
 - Neurologische Erkrankungen (Parkinson, MS, etc.)
 - Z.n. Organtransplantation
 - Tumorleiden
- Herzschrittmacher
 - Organpendeausweis
 - Patientenverfügung
 - Vorsorgevollmacht

Behandelnder Arzt / Ärztin

Stempel

Ärztliche Diagnosen:

Einträge / Streichungen mit Datum nur durch Arzt / Ärztin

Medikation / Wirkstoff - Dosierung:

Einträge / Streichungen mit Datum nur durch Arzt / Ärztin

Behandelnder Arzt / Ärztin

Stempel

Ärztliche Diagnosen:

Einträge / Streichungen mit Datum nur durch Arzt / Ärztin

Medikation / Wirkstoff - Dosierung:

Einträge / Streichungen mit Datum nur durch Arzt / Ärztin

Behandelnder Arzt / Ärztin

Stempel

Ärztliche Diagnosen:

Einträge / Streichungen mit Datum nur durch Arzt / Ärztin

Medikation / Wirkstoff - Dosierung:

Einträge / Streichungen mit Datum nur durch Arzt / Ärztin

Behandelnder Arzt / Ärztin

Stempel

Ärztliche Diagnosen:

Einträge / Streichungen mit Datum nur durch Arzt / Ärztin

Medikation / Wirkstoff - Dosierung:

Einträge / Streichungen mit Datum nur durch Arzt / Ärztin
