

TRANSPLANTATIONS AUSWEIS

Transplant identification card

Gilt in Verbindung mit dem Personalausweis | In force only together with passport

Name, Vorname

Adresse

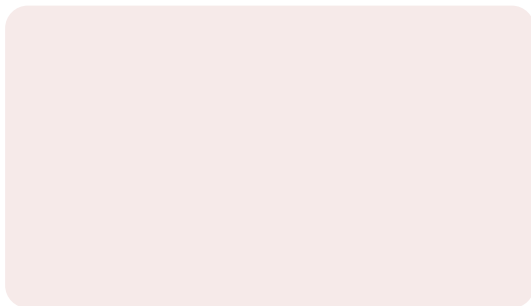
Geburtsdatum

Blutgruppe

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Bitte im Notfall benachrichtigen:



Transplantationszentrum

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient

Art der Transplantation (Organ)

Datum

☐ Lebendspende

Besondere Risiken:

☐ Diabetes mellitus

☐ Hypertonie

☐ Chronische Virusinfektion: _____

☐ Allergien: _____

☐ _____

Sonstige Medikamente:

Immunsuppressive Therapie:

Präparat

Wirkstoff

Dosierung

Der Patient darf keine Lebendimpfstoffe erhalten! Bei Fragen zur Medikation, Wechselwirkungen oder in Notfällen wenden Sie sich bitte an das zuständige Transplantationszentrum.

In case of emergency requiring a change in the immunosuppressive regimen please contact transplant center.