

Gesundheitspass

Health Card – Carte sanitaire –
Tessera sanitaria – Carta de salud



6043 0319

Röntgennachweis gemäß § 28 Röntgenverordnung. Lassen Sie jede Röntgenaufnahme eintragen und legen Sie den Pass bei jeder Röntgenaufnahme vor – so können unnötige Aufnahmen vermieden werden.
 Radiological document (pursuant to § 28 of the Radiological Act). Please have every X-ray photograph registered and present the Health Card each time you have an X-ray examination - thus unnecessary X-ray photographs can be avoided.
 Document de radiographie (conforme au § 28 du décret sur la radiographie). Faire inscrire chaque radiographie et présenter la carte de santé à chaque radiographie - pour éviter des radiographies superflues.
 Documento radiologico (a norma del § 28 del Decreto sulla radiografia). Fate registrare ogni radiografia e presentate il documento radiologico ogni volta che viene fatta una radiografia - così si evitano le radiografie inutili.
 Documento radiológico (según art. 28 del reglamento de radiología). Debe registrar cada radiografía y presentar el carnet en cada toma de radiografía, así se evitarán radiografías innecesarias.

Datum date, date data, fecha	Untersuchte Körperregion part of body examined, partie du corps examinée, parte del corpo già visitata, partes del cuerpo examinadas	Arzt-, Zahnarzt- oder Krankenhausstempel doctor's stamp, dentist's stamp, stamp of hospital cachet du médecin, cachet du dentiste, cachet de l'hôpital timbro del medico, timbro del dentista, timbro dell'ospedale sello del médico, sello del dentista, sello del hospital	Unterschrift signature, signature firma, firma

Datum date, date data, fecha	Untersuchte Körperregion part of body examined, partie du corps examinée, parte del corpo già visitata, partes del cuerpo examinadas	Arzt-, Zahnarzt- oder Krankenhausstempel doctor's stamp, dentist's stamp, stamp of hospital cachet du médecin, cachet du dentiste, cachet de l'hôpital timbro del medico, timbro del dentista, timbro dell'ospedale sello del médico, sello del dentista, sello del hospital	Unterschrift signature, signature firma, firma

Erklärung zur Organ- und Gewebespende

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

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinen Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

oder JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

oder NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname _____ PLZ, Wohnort _____

Strasse _____ Telefon _____

Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise _____

DATUM _____

UNTERSCHRIFT _____

Name: _____
name, nom, nome e cognome, apellidos y nombre

Geburtsdatum: _____
date of birth, date de naissance, data di nascita, fecha de nacimiento

Anschrift: _____
address, adresse, indirizzo, dirección

Telefon: _____
Tel. no., n° tél., numero di telefono, n° de teléfono

Im Notfall bitte folgende Person(en) benachrichtigen
In an emergency please inform / En cas d'urgence prière d'avertir /
In caso di urgenza si prega di avvertire / En caso de emergencia se ruega avisar

Name: _____
name, nom, nome e cognome, apellidos y nombre

Anschrift: _____
address, adresse, indirizzo, dirección

Telefon: _____
Tel. no., n° tél., numero di telefono, n° de teléfono

Behandelnde/r Arzt/Ärztin
Treating physician / Médecin traitant / Medico curante /
Médico responsable

Name: _____
name, nom, nome e cognome, apellidos y nombre

Anschrift: _____
address, adresse, indirizzo, dirección

Telefon: _____
Tel. no., n° tél., numero di telefono, n° de teléfono

**Wichtige bestehende Erkrankungen:
(bitte ankreuzen und erläutern)**
**Important existing diseases: / Maladies importantes existantes: /
Malattie importanti esistenti: / Enfermedades importantes existentes:**

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
Diabetes mellitus, Diabète sucré, Diabete mellito, Diabetes mellitus

- ja / yes / qui / sì / sí
- Behandlung mit Tabletten / treatment with tablets /
traitement avec cachets / Trattamento con compresse /
tratamiento con comprimidos
- Behandlung mit Insulin / treatment with insulin / traitement avec
insuline / Trattamento con insulina / tratamiento con insulina
- keine Behandlung (Diät) / no treatment (diet) / pas de traitement
(régime) / Nessun trattamento (dieta) / ningún tratamiento (régimen)
- nicht bekannt / unknown / non connu / non noto / desconocido

Hämophilie (Bluterkrankheit)
Haemophilia, Hémophilie, Emofilia, Hemofilia

- ja / yes / qui / sì / sí
- Typ A / type A / type A / tipo A / tipo A
- Typ B / type B / type B / tipo B / tipo B
- andere / others / autres / Altro / otros
- nicht bekannt / unknown / non connu / non noto / desconocido

Asthma bronchiale
Bronchial asthma, Asthme bronchique, Asma bronchiale, Asma bronquial

- allergisch / allergic / allergique / allergica / alérgico
- nicht allergisch / not allergic / non allergique / non allergica / no alérgico

**Auslöser / Trigger / Déclencheur / Agente scatenante /
Desencadenante**

- bekannt / known / connu / noto / conocido

- nicht bekannt / unknown / non connu / non noto / desconocido

- medikamentöse Behandlung mit / medication treatment with /
traitement médicamenteux avec / Trattamento farmacologico con /
tratamiento medicamentoso con

Allergie oder Unverträglichkeit
allergies or incompatibilities, allergies ou incompatibilités,
allergie o intolleranze, alergias o incompatibilidades

Andere wichtige Krankheiten (z.B. Epilepsie, Herzinfarkt)
Other important illnesses (e.g. epilepsy, heart attack)
Autres maladies importantes (p.ex. épilepsie, infarctus du myocarde)
Altre malattie importanti (per es. epilessia, infarto cardiaco)
Otras enfermedades importantes (p.ej. epilepsia, infarto cardiaco)

Medikamente (z.B. Insulin, Beta-Blocker)
Important medication (e.g. insulin, beta-blockers)
Médicaments importants (p.ex. insuline, bêta-bloquants)
Medicine importanti (per es. insulina, betabloccante)
Medicamentos importantes (p.ej. insulina, bloqueadores beta)

Organspendeausweis
nach § 2 des Transplantationsgesetzes

 **Organspende**
schenkt Leben.

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

BARMER

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter
der gebührenfreien Rufnummer **0800 / 90 40 400**.

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse _____
PLZ, Wohnort _____