



THE **MARFAN**  
FOUNDATION

## NOTFALL-BEREITSCHAFTSPAKET

**Name des Patienten:**

Dieses Paket ist ein Hilfsmittel, damit Sie besser für Notfälle vorbereitet sind. Wir schlagen vor, dass Sie das gesamte Paket in einem Umschlag in auffälliger Farbe oder in einem Ordner aufbewahren, sodass Sie es leicht finden können. Bewahren Sie das Notfallpaket zu Hause in der Nähe der Tür auf, damit es für Rettungskräfte gleich bereitsteht. Am Arbeitsplatz können Sie es auch an der Wand befestigen. Geben Sie gegebenenfalls auch der Person, die über eine Generalvollmacht und Vorsorgevollmacht für Sie verfügt, eine Kopie dieses Pakets. Die gesamten Informationen können auch auf einem tragbaren USB-Stick gespeichert werden, den Sie z. B. an Ihrem Schlüsselbund befestigen können. Einige medizinische Notfalldienste bieten solche USB-Sticks mit ihrem Logo darauf an oder Sie können sie in jedem Geschäft für Bürobedarf kaufen.

Viele Menschen haben Kontaktinformationen für den Notfall in Ihrem Mobiltelefon unter NOTFALL gespeichert. Verwenden Sie die Bezeichnungen NOTFALL1, NOTFALL2 usw. Das Rettungspersonal ist geschult, in Ihrem Telefon danach zu suchen.

Wenn Sie eine Notfallversorgung benötigen, kann es hilfreich sein, Ihren Hausarzt anzurufen, damit dieser für Sie den zuständigen Arzt in der Notfallaufnahme bereits vor Ihrer Ankunft über eine mögliche Aortendissektion informieren kann. Sie oder eine Ihnen nahestehende Person können die Notaufnahme auch selbst vor Ihrer Ankunft anrufen.

Wir empfehlen Ihnen, diese Dokumente auszufüllen, damit Sie sie im Notfall zur Verfügung haben. Möglicherweise sind nicht alle Dokumente für Sie relevant (zum Beispiel wünschen nicht alle eine Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung). Denken Sie daran, Ihre Informationen regelmäßig zu aktualisieren.

*Letzte Aktualisierung*

|   |       |
|---|-------|
| Formular für personenbezogene Informationen .....                   | _____ |
| Medizinische Vorgeschichte .....                                    | _____ |
| Ergebnisse genetischer Tests .....                                  | _____ |
| Hinweise des Arztes/Zusammenfassung Ihres letzten Arzttermins ..... | _____ |
| Kontaktinformationen Ihrer Ärzte .....                              | _____ |
| Versicherungsinformationen .....                                    | _____ |
| Medizinische Familienvorgeschichte .....                            | _____ |
| Vollmacht .....   | _____ |
| Versorgungsvollmacht .....  | _____ |
| Patientenverfügung .....  | _____ |
| Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung .....                     | _____ |

---

## **Fügen Sie eine Kopie der aktuellsten Version folgender Dokumente von Ihrem Arzt hinzu**

|   |       |
|---|-------|
| Ultraschall mit schriftlichem Befundbericht ..... | _____ |
| MRT/MRA mit schriftlichem Befundbericht .....     | _____ |
| CT/CTA mit schriftlichen Befundbericht .....      | _____ |
| Ergebnisse von Blutuntersuchungen .....           | _____ |

---

## **Weitere Informationen**

|  |       |
|--|-------|
| Merkblatt zum Marfan-Syndrom .....     | _____ |
| Informationen zum Notfallarmband ..... | _____ |
| Notfallkarte .....                     | _____ |

# PERSONENBEZOGENE INFORMATIONEN

3 von 14

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Geschlecht: Männlich Weiblich Familienstand: \_\_\_\_\_

## Kontaktinformationen

Wohnadresse: \_\_\_\_\_  
Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Telefon (Arbeit): \_\_\_\_\_  
Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Adresse der Arbeitsstätte: \_\_\_\_\_  
Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

## Gesundheitsinformationen

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Blutgruppe: \_\_\_\_\_  
Normaler Blutdruck: \_\_\_\_\_ Herzfrequenz in Ruhe: \_\_\_\_\_  
Alkoholkonsum (Anzahl konsumierter Getränke): \_\_\_\_\_ pro Tag pro Woche  
Rauchen: Nichtraucher 1 Schachtel oder weniger/Woche 2-3 Schachteln/Woche 1 Schachtel/Tag  
mehr als 1 Schachtel/Tag Ehemaliger Raucher/Datum des Rauchstopps: \_\_\_\_\_

## Spracheninformationen

Zu Hause gesprochene Sprache: \_\_\_\_\_ Benötigen Sie einen Dolmetscher? Ja Nein  
*Wenn Sie einen Dolmetscher benötigen und dem Krankenhaus momentan niemand zur Verfügung steht, an wen kann sich das Krankenhaus wenden, um Hilfe zu erhalten?*

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Telefon (Arbeit): \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

## Kontakte für Notfälle

**Kontakt 1** Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_  
Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Telefon (Arbeit): \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

**Kontakt 2** Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_  
Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Telefon (Arbeit): \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

## Diagnose

Marfan-Syndrom Alter bei Diagnose: \_\_\_\_\_

Hinweise/Kommentare: \_\_\_\_\_

## Aktuelle Medikamente (einschließlich Vitamine/Ergänzungsmittel)

1. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

2. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

3. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

4. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

5. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

6. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Wenn Sie weitere Medikamente anwenden, listen Sie diese bitte auf Seite 7 dieses Formulars auf.

## Allergien

1. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

## Kardiologische Vorgeschichte (Herz)

Welche kardiologischen Probleme haben Sie bzw. hatten Sie in der Vergangenheit? (z. B. Mitralklappenprolaps, Aorteninsuffizienz oder Aortenaneurysma/-dissektion usw.)

Bitte fügen Sie die aktuellsten Bildgebungsaufnahmen hinzu.

## Okuläre Vorgeschichte (Augen)

Welche Augenprobleme haben Sie oder hatten Sie in der Vergangenheit? (z. B. Linsenverlagerung, Netzhautablösung, Schielen, Katarakte (grauer Star) usw.)

*Bitte fügen Sie die aktuellsten Bildgebungsaufnahmen hinzu.*

---

## Orthopädische Vorgeschichte (Knochen und Gelenke)

Welche Skelett- oder Knochenprobleme haben Sie oder hatten Sie in der Vergangenheit? (z. B. Skoliose, Dislokationen usw.)

*Bitte fügen Sie die aktuellsten Bildgebungsaufnahmen hinzu.*

---

## Pulmonale Vorgeschichte (Lunge)

Welche Lungenprobleme haben Sie oder hatten Sie in der Vergangenheit? (z. B. Asthma, Pneumothorax, Lungenbläschen usw.)

*Bitte fügen Sie die aktuellsten Bildgebungsaufnahmen hinzu.*

---

## Letzte Operationen/Verfahren

Welche Operationen/Verfahren wurden bei Ihnen durchgeführt (z. B. Aortenreparatur, Augenoperationen, Operationen am Brustkorb usw.)?

**1. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

**2. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

**3. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

**4. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

**5. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

**6. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

**7. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

**8. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

*Wenn Sie bei Ihnen weitere Operationen/Verfahren durchgeführt wurden, listen Sie diese bitte auf Seite 8 dieses Formulars auf.*

---

**Weitere aktuelle Medikamente (einschließlich Vitamine/Ergänzungsmittel)**

7. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_  
*Grund:* \_\_\_\_\_

8. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_  
*Grund:* \_\_\_\_\_

9. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_  
*Grund:* \_\_\_\_\_

10. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_  
*Grund:* \_\_\_\_\_

11. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_  
*Grund:* \_\_\_\_\_

12. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_  
*Grund:* \_\_\_\_\_

13. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_  
*Grund:* \_\_\_\_\_

14. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_  
*Grund:* \_\_\_\_\_

15. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_  
*Grund:* \_\_\_\_\_

16. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_  
*Grund:* \_\_\_\_\_

17. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_  
*Grund:* \_\_\_\_\_

18. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_  
*Grund:* \_\_\_\_\_

19. **Name:** \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Anwendungsschema: \_\_\_\_\_  
*Grund:* \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

---

## Zusätzliche Operationen/Verfahren

Welche Operationen/Verfahren wurden bei Ihnen durchgeführt? (z. B. Aortenreparatur, Arterienreparatur, Darmoperation usw.)?

**9. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

**10. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

**11. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

**12. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

**13. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

**14. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

**15. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

**16. Operation/Verfahren:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Arzt, der die Operation durchgeführt hat: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_

# KONTAKTINFORMATIONEN IHRER ÄRZTE 9 von 14

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

---

## Hausarzt

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

## Genetiker

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

## Kardiologe

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

## Herzchirurg

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

## Ophthalmologe

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

# KONTAKTINFORMATIONEN IHRER ÄRZTE *(Fortsetzung)*

10 von 14

## Orthopäde

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

## Weiterer Facharzt

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Medizinische Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

*Wenn Sie von weiteren Ärzten behandelt werden, listen Sie diese bitte auf Seite 11 dieses Formulars auf.*

# KONTAKTINFORMATIONEN IHRER ÄRZTE (Fortsetzung)

11 von 14

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

---

## Weiterer Facharzt

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Medizinische Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

## Weiterer Facharzt

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Medizinische Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

## Weiterer Facharzt

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Medizinische Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

## Weiterer Facharzt

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Medizinische Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

---

## Weiterer Facharzt

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Medizinische Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

## Primäre Krankenkasse

Art des Vertrags: EPO HMO PPO POS Anderer, bitte angeben: \_\_\_\_\_

Autorisierung erforderlich: Ja Nein Autorisierungsnr.: \_\_\_\_\_ Datum des Inkrafttretens: \_\_\_\_\_

Versicherer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: Selbst Ehepartner Anderer, bitte angeben: \_\_\_\_\_

Vorname des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_ Nachname des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

Adresse des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_ Gruppennummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

## Zusatzversicherung

Art des Vertrags: EPO HMO PPO POS Anderer, bitte angeben: \_\_\_\_\_

Autorisierung erforderlich: Ja Nein Autorisierungsnr.: \_\_\_\_\_ Datum des Inkrafttretens: \_\_\_\_\_

Versicherer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: Selbst Ehepartner Anderer, bitte angeben: \_\_\_\_\_

Vorname des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_ Nachname des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

Adresse des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_ Gruppennummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

## Vater

Aortendissektion  
Aneurysma  
Schlaganfall oder TIA  
Asthma  
Erkrankung des Blutes (z. B. Anämie)  
Kongestive Herzinsuffizienz  
COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)  
Koronare Herzkrankheit  
Diabetes  
Krebserkrankung  
Neuromuskuläre Schwäche  
Obstruktive Schlafapnoe  
Pankreatitis  
Periphere arterielle Verschlusskrankheit  
Nierenfunktionsstörung  
Anfallsleiden  
Schilddrüsenerkrankung  
Andere (bitte angeben): \_\_\_\_\_

## Mutter

Aortendissektion  
Aneurysma  
Schlaganfall oder TIA  
Asthma  
Erkrankung des Blutes (z. B. Anämie)  
Kongestive Herzinsuffizienz  
COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)  
Koronare Herzkrankheit  
Diabetes  
Krebserkrankung  
Neuromuskuläre Schwäche  
Obstruktive Schlafapnoe  
Pankreatitis  
Periphere arterielle Verschlusskrankheit  
Nierenfunktionsstörung  
Anfallsleiden  
Schilddrüsenerkrankung  
Andere (bitte angeben): \_\_\_\_\_

## Großeltern

Aortendissektion  
Aneurysma  
Schlaganfall oder TIA  
Asthma  
Erkrankung des Blutes (z. B. Anämie)  
Kongestive Herzinsuffizienz  
COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)  
Koronare Herzkrankheit  
Diabetes  
Krebserkrankung  
Neuromuskuläre Schwäche  
Obstruktive Schlafapnoe  
Pankreatitis  
Periphere arterielle Verschlusskrankheit  
Nierenfunktionsstörung  
Anfallsleiden  
Schilddrüsenerkrankung  
Andere (bitte angeben): \_\_\_\_\_

## Andere Verwandte

Aortendissektion  
Aneurysma  
Schlaganfall oder TIA  
Asthma  
Erkrankung des Blutes (z. B. Anämie)  
Kongestive Herzinsuffizienz  
COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)  
Koronare Herzkrankheit  
Diabetes  
Krebserkrankung  
Neuromuskuläre Schwäche  
Obstruktive Schlafapnoe  
Pankreatitis  
Periphere arterielle Verschlusskrankheit  
Nierenfunktionsstörung  
Anfallsleiden  
Schilddrüsenerkrankung  
Andere (bitte angeben): \_\_\_\_\_



## NOTFALLKARTE

Drucken Sie diese Karte für jedes Mitglied Ihres Haushaltes aus. Tragen Sie den Namen und die Kontaktinformationen des Patienten ein. Schneiden Sie entlang der gepunkteten Linie ab. Falten Sie die Karte längs und quer. Führen Sie die Karte immer mit sich.

HIER FALTEN



### NOTFALLKARTE

**ENTLASSEN SIE DEN PATIENTEN NICHT, BIS DIE MÖGLICHKEIT EINER AORTENDISSEKTION AUSGESCHLOSSEN IST.**

**Dieser Patient hat das Marfan-Syndrom oder einen verwandten Zustand. Dies bedeutet, dass er/sie im Vergleich zur Allgemeinpopulation ein 250-fach erhöhtes Risiko für eine Aortendissektion hat.**

Die Symptome einer Aortendissektion sind variabel, oft nicht stark ausgeprägt und unspezifischer Natur. Das häufigste Symptom ist **Brustschmerz**, es können jedoch auch **Schmerzen im Rücken und/oder Abdomen auftreten**. Die Schmerzen können als stark oder vage, konstant oder intermittierend, wandernd, stechend, Engegefühl oder Völlegefühl beschrieben werden. Folgende weitere Anzeichen und Symptome können auftreten: **kardiovaskuläre Instabilität, schwacher Puls, Parästhesie, Lähmung, Synkope** oder ein Gefühl dass „etwas gar nicht stimmt“.



22 Manhasset Ave., Port Washington, NY 11050

800-8-MARFAN | Marfan.org

NAME DES PATIENTEN: \_\_\_\_\_

KONTAKT FÜR NOTFÄLLE: \_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_

ARZT: \_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_

MEDIZINISCHE HINWEISE: \_\_\_\_\_

MARFAN-SYNDROM  VERWANDTE STÖRUNG, BITTE ANGEBEN: \_\_\_\_\_

Die ausschlaggebendsten Untersuchungen auf eine Aortendissektion sind: **CT-Scan, transösophageales Echokardiogramm und MRT**. Wählen Sie die Untersuchung, die am ehesten zugänglich ist und fachgerecht durchgeführt und interpretiert werden kann. Eine normale Röntgenaufnahme eignet sich **NICHT** zum Ausschluss einer potenziellen Aortendissektion.

**50 % DER PATIENTEN MIT NICHT DIAGNOSTIZIERTER AORTENDISSEKTION VERSTERBEN INNERHALB VON 48 STUNDEN.**

**Bitte lassen Sie die Möglichkeit einer Aortendissektion nur dann unberücksichtigt, wenn Sie diese definitiv ausschließen können.**

Patienten mit Marfan-Syndrom und verwandten Zuständen haben ein **erhöhtes Risiko für eine rasche Progression und höhere Sterblichkeit** aufgrund einer akuten Dissektion des aufsteigenden oder absteigenden Astes der Aorta. Möglicherweise sind spezialisierte und aggressive medizinische und chirurgische Methoden erforderlich, die speziell auf diese Patientenpopulation zugeschnitten sind. Wird bei diesem Patienten eine AD diagnostiziert, muss er gleich nach Stabilisierung für den **Transport in ein tertiäres Versorgungszentrum** verlegt werden, in dem die Möglichkeit einer definitiven chirurgischen Versorgung besteht. Dies ist die Konsensmeinung des Fachberatungsgremiums von The Marfan Foundation. Sie steht im Einklang mit den vom American College of Cardiology Foundation und der American Heart Association in Kooperation mit acht weiteren Fachgesellschaften entwickelten evidenzbasierten Leitlinien.

HIER FALTEN