

Augen

Patienten mit Marfan-Syndrom haben ein hohes Risiko für Netzhautablösung und Linsenabriss. Verdachtsfälle müssen sofort einer operativ tätigen Augenklinik zugeführt werden.

Vorerkrankungen der Augen

- li re
- ☐ ☐ Linsenentfernung
- ☐ ☐ Linsensubluxation
- ☐ ☐ Netzhautablösung
- ☐ ☐ Glaukom
- ☐ ☐ Sonstiges:

Behandelnder Arzt / Klinik:

Name Arzt / Klinik

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Telefon und Vorwahl

Herz-Kreislaufsystem

Vorsicht: Hohes Risiko für akute, tödliche Ruptur oder Dissektion der intrathorakalen Aorta oder selten auch der Bauchaorta. Hohes Risiko für Endokarditis und Pneumothorax. Verdachtsfälle sofort in eine Klinik mit herzchirurgischer Bereitschaft verlegen.

Kardiovaskuläre Vorerkrankungen

1. Operation
- ☐ Aortenklappe
- ☐ Mitralklappe
- ☐ Aorta ascendens
- ☐ Aortenbogen
- ☐ Aorta descendens
- ☐ Aortenstent
- ☐ Bypass
- Datum

2. Chirurgisch (bislang) nicht behandelte Erkrankungen: Klappenerkrankungen, Dilatation oder Dissektion der Aorta (Lokalisation?)

Notfallausweis für Patienten mit Marfan-Syndrom

Name, Vorname

Geburtsdatum

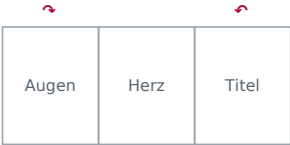
Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Dieser Notfallausweis sollte zusammen mit der Krankenversicherungskarte mitgeführt werden!

So wird aus diesem Blatt ein Notfallausweis

1. Beide Seiten beidseitig auf ein Blatt A4 drucken – die Skalierung auf 100 % (nicht „an Seite anpassen“) stellen.
2. Das Kartenfeld entlang der grauen Strichlinie ausschneiden.
3. Die Karte mit dieser Seite (Augen | Herz | Titel) nach oben hinlegen und an den beiden Falzmarken zickzackförmig falten: die linke Spalte nach vorn auf die Mitte klappen, danach die rechte Spalte nach hinten wegklappen.
4. Fertig: vorn der Titel mit den persönlichen Daten, hinten Lichtbild und Notfallkontakt. Format 66 × 105 mm.



links nach vorn, rechts nach hinten

Den gedruckten Ausweis bestellen

Der Notfallausweis hat ungefähr Scheckkartenformat und ist auf sehr haltbarem Papier gedruckt. Er kann gegen Erstattung der Versandkosten unter kontakt@marfan.de angefordert werden.

Falz

Falz

Ausgestellt am: _____

Klinik / Arzt Unterschrift / Stempel: _____

Dieser Ausweis entstand in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) und der Marfan Hilfe (Deutschland) e.V. Das Projekt wurde durch die Deutsche Rentenversicherung Bund gefördert.

Weitere Informationen zum Marfan-Syndrom unter Telefon 0800-7613344 oder www.marfan.de.

**3. Sonstiges**

- ☐ Aortenklappeninsuffizienz
☐ Mitralklappenprolaps mit / ohne Insuffizienz
☐ Herzrhythmusstörungen
(Zeitpunkt der Erstdiagnose) _____
☐ Herzinfarkt
☐ Pneumothorax
☐ Weitere: _____

Dauermedikation:

Gerinnungshemmer: _____

Therap. Bereich: INR _____ Quick % _____

Sonstiges: _____

Empfehlung zur Endokarditisprophylaxe:_____
_____**Allergien/Medikamentenunverträglichkeit:**_____
_____**Nicht-kardiovaskuläre Operationen (Datum)**_____

Lichtbild

Im Notfall zu benachrichtigen

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ Wohnort _____

Telefon mit Vorwahl _____