

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe  
Schulstraße 22 | 33311 Gütersloh

Telefon: 05241 9770-0  
E-Mail: info@schlaganfall-hilfe.de  
Internet: schlaganfall-hilfe.de  
facebook.com/schlaganfallhilfe  
twitter.com/Schlaganfall\_Dt



STIFTUNG  
DEUTSCHE  
SCHLAGANFALL  
HILFE

# Schlaganfall Patienten-Pass

## Bei Notfall bitte verständigen:

Name .....  
Telefon .....  
Vorsorgevollmacht  
Name .....  
Telefon .....

Name .....  
Vorname .....  
geboren am .....  
Wohnort .....  
Straße / Hausnummer .....  
Ausstellungsdatum .....

## Datum des Schlaganfalls:

.....  
.....

## Art des Schlaganfalls:

.....  
.....

## Behandelndes Krankenhaus/Klinik:

.....  
.....

## Medikation:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Dosierung:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Einnahme:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Hausarzt:

.....  
.....  
.....

## Krankenversicherung:

.....  
.....

## pers. Versicherungsnummer:

.....  
.....

## Nebenwirkungen/Unverträglichkeit:

.....  
.....  
.....

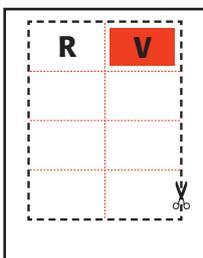
## Weitere wichtige Hinweise: (Diabetes, Allergie, etc.)

.....  
.....  
.....  
.....

## Faltanleitung

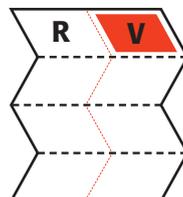
### Schritt 1:

Schneiden Sie den Ausdruck entlang der gestrichelten Linie aus.



### Schritt 2:

Falten Sie den Pass dreimal horizontal, sodass der Titel und die Rückseite zu sehen sind.



### Schritt 3:

Falten Sie den Pass im Anschluss einmal vertikal in der Mitte, sodass ein handliches Format entsteht. Nun können Sie Ihren persönlichen Schlaganfall-Patienten-Pass in Ihrem Portemonnaie verstauen.



V = Vorderseite  
R = Rückseite