

Darstellung persönliche (medizinische) Daten Versichertenkarte

Vorbemerkung: Es sind nur die mit einem * versehenen Datenfelder als obligatorische Eingaben vorgesehen, falls die vorangehenden kapitelbezogenen Felder ausgefüllt werden. Alle anderen Angaben sind optional.

1. Krankheit und Unfallfolgen (max. 50 Einträge möglich)			
Bezeichnung der Krankheit oder Unfallfolge	Bemerkung	EAN-Nr. der eintragenden Person*	Datum der Eintragung*
Asthma bronchiale			
COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)			
KHK (Koronare Herzkrankheit)			
Herzinsuffizienz			
Herzrhythmusstörungen			
Periphere Verschlusskrankheiten			
Bauchaortenaneurysma			
Zerebrale Krampfanfälle			
Angeborene Gerinnungsstörung			
Erworbene Gerinnungsstörung			
Medikamentös induzierte Gerinnungsstörung			
Diabetes mellitus			
Morbus Addison			
Glaukom			
Niereninsuffizienz/Dialyse			
Langsame Acetylisierung			
Chronische Lebererkrankung			
Hyperthyreose			
Infektionskrankheiten			
Fehlendes Organ			
Gefässprothese			



Koordinationsorgan eHealth

Künstliche Herzklappe			
Gefässeinlage (Stents, Clips)			
Gelenkprothese			
In-Situ-Schrittmacher/Defibrillator			
Osteosynthesematerial			
Glasauge			
Kontaktlinsen			
Abnehmbare Prothesen			
Weitere Krankheiten oder Unfallfolgen			

2. Transplantationsdaten

Zur Transplantation angemeldet (max. 10 Einträge möglich)

	Bemerkung	EAN-Nr. der eintragenden Person*	Datum der Eintragung*
Transplantation 1 usw.			

Bereits durchgeführte Transplantationen (max. 10 Einträge möglich)

	Name des transplantierten Organs / Gewebes / Zellen	Schweizer. Transplan- tationsnr.	Datum der Trans- plantation	Bemerkung zur Trans- plantation	EAN-Nr. der eintragen- den Person*	Datum der Ein- tragung*
Transplantation 1 usw.						



Koordinationsorgan eHealth

3. Allergien / Soforttypreaktionen (max. 25 Einträge möglich)																				
	Bezeichnung des Auslösers		Klinische Reaktion						Nachweismethode					Datum des Nachweises	Bemerkung zum Nachweis					
	Allgemeine Bezeichnung des Auslösers	Spezielle Bezeichnung des Auslösers	Art der klinischen Reaktion						Datum der klinischen Reaktion	Bemerkung zur klinischen Reaktion	Anamnese	Klinische Manifestation	Hauttest (Prick, Intradermal)			Patchtest (Epikutantest)	Spezifische Antikörper	Provokationstest	Zellulärer Test	Anderer Nachweis
			Angioödem	Urtikaria	Bronchospasmus	Asthma, Bronchospasmus	Koliken, Diarrhöe	Schock												
Allergie 1 usw.																				

Ersatzmedikament							
	Bezeichnung Ersatzmedikament	Generischer Name des Medikamentes	Sicherheit des Ersatzmedikaments			Testdatum Ersatzmedikament	Bemerkung zum Ersatzmedikament
			provoziert	getestet	empfohlen		
Allergie 1 usw.							



Koordinationsorgan eHealth

Notfallmedikament						
	Bezeichnung des Notfallmedikamentes			Bemerkung zum Notfallmedikament	EAN-Nr. der eintragenden Person*	Datum der Eintragung*
	Antihistaminikum und Krotikostereoid-Tabletten	Adreanalin injizierbar	Inhalationsmedikament			
Allergie 1 usw.						

4. Allergien / Spättypreaktionen (max. 25 Einträge möglich)

	Bezeichnung des Auslösers		Klinische Reaktion				Nachweis der Überempfindlichkeit						Datum des Nachweises	Bemerkung	
	Allgemeine Bezeichnung des Auslösers	Spezielle Bezeichnung des Auslösers	Art der klinischen Reaktion		Datum der klinischen Reaktion	Bemerkung zur klinischen Reaktion	Nachweismethode								
			Ekzem	Lokalreaktion			Blasenbildung, Vasculitis	Anderer klinische Reaktionen	Anamnese	Klinische Manifestation	Hauttest (Prick, intradermal)	Patchtest (Epikutantest)	Spezifische Antikörper	Provokationstest	Zellulärer Test
Allergie 1 usw.															



Koordinationsorgan eHealth

Ersatzmedikament							
	Bezeichnung Ersatzmedikament	Generischer Name des Medikamentes	Sicherheit des Ersatzmedikaments			Testdatum Ersatzmedikament	Bemerkung zum Ersatzmedikament
			provoziert	getestet	empfohlen		
Allergie 1 usw.							

Notfallmedikament							
	Bezeichnung des Notfallmedikamentes				Bemerkung	EAN-Nr. der eintragenden Person*	Datum der Eintragung*
	Antihistaminikum und Kortikosteroid-Tabletten	Adreanalinjizierbar	Inhalationsmedikament	Andere Medikamente			
Allergie 1 usw.							

5. Medikation (max. 50 Einträge möglich)

Bezeichnung der Medikation	Bemerkungen zur Indikation der Medikation	EAN-Nr. der Medikation	ATC-Nr. der Medikation	Angaben zur Medikation	EAN-Nr. der eintragenden Person*	Datum der Eintragung*
Antiepileptikum						
Antidepressivum						
Neuroleptikum						
Antidemenzia						
Opiate						
NSAR						



Koordinationsorgan eHealth

Tranquilizer						
Beta-Blocker						
ACE-Hemmer						
Diuretika						
Calcium-Antagonist						
Nitropräparat						
Antiarrhythmikum						
Digitalis						
Aldosteron-Antagonist						
Beta-Mimetikum / Antiasthmatica						
Immunsuppressivum						
Thrombozytenaggregationshemmer						
Antikoagulanzen, z.B. Marcumar oder Heparin						
Antihistamine						
Faktor VIII / IX						
Desmopressin, z.B. Minirin						
Antidiabetika, Insulin						
Kortison / Kortikosteroide						
Weitere Medikamente						

6. Impfungen (max. 50 Einträge möglich)

Bezeichnung der Impfung	Bemerkung zur Impfung	Handelsname des Impfstoffes	Hersteller des Impfstoffes	Lot-Nr. des Impfstoffes	Datum der Impfung	EAN-Nr. der eintragenden Person*	Datum der Eintragung*
Diphtherie							
Tetanus - Starrkrampf							
Pertussis - Keuchhusten							
Poliomyelitis - Kinderlähmung							
Haemophilus influenzae Typ B (Hib)							



Koordinationsorgan eHealth

Hepatitis A							
Hepatitis B							
Masern							
Mumps							
Röteln							
Humane Papillomaviren (HPV)							
Windpocken							
Pneumokokken							
Meningokokken							
Zeckenzephalitis (FSME, TBE)							
Tuberkulose (BCG)							
Grippe							
Tollwut							
Gelbfieber							
Japanische Enzephalitis							
Abdominaltyphus							
Cholera							
Anthrax - Milzbrand							
Andere Impfungen							

7. Daten zu Blutgruppe und Transfusionen (max. 1 Eintrag möglich)

7. Daten zu Blutgruppe und Transfusionen (max. 1 Eintrag möglich)										
Blutgruppe										
	Bezeichnung der Blutgruppe				Bezeichnung des Rhesusfaktors		Datum des Blutgruppentests	Bemerkung zur Blutgruppe	EAN-Nr. der eintragenden Person*	Datum der Eintragung*
	0	A	B	AB	+ve Vorzeichen positiv	-ve Vorzeichen negativ				
Blutgruppe										



Koordinationsorgan eHealth

	Daten zu Transfusionen						
	Indikator für die Anzahl der Bluttransfusionen			Datum der letzten Bluttransfusion	Bemerkung zur letzten Bluttransfusion	EAN-Nr. der eintragenden Person*	Datum der Eintragung*
	nie	einmal	mehr als einmal				
Transfusion							

8. Zusätzlicher Eintrag in medizinisch begründeten Fällen

Hinweise auf medizinische oder pharmazeutische Dossiers (max. 10 Einträge möglich)				
	Angaben zur Adresse des Verwahrers	Bemerkung zum medizinischen oder pharmazeutischen Dossier	EAN-Nr. der eintragenden Person*	Datum der Eintragung*
Verfügbare Dossiers 1 usw.				

Weitere medizinische oder pharmazeutische Einträge (max. 25. Einträge möglich)				
	Bezeichnung des weiteren medizinischen oder pharmazeutischen Eintrags	Bemerkung zum weiteren medizinischen oder pharmazeutischen Eintrag	EAN-Nr. der eintragenden Person*	Datum der Eintragung*
Weiterer Eintrag 1 usw.				

9. Kontaktadressen für den Notfall (max. 10 Einträge möglich)

	Art der Kontaktadresse		Angaben zur Adresse des Verwahrers			
	im privaten Umfeld	im medizinischen Umfeld	Anrede, Name, Organisation	Strasse, Hausnummer	Postfach	PLZ, Ort, Land
Eintrag 1 usw.						



Koordinationsorgan eHealth

10. Hinweise auf bestehende Patientenverfügungen oder Organspenderausweise (max. 10 Einträge möglich)							
	Art des Verwahrers des Dokumentes		Angaben zur Kontaktadresse				Bemerkung zur Beschreibung der Verfügung oder des Ausweises
	im privaten Umfeld	im medizinischen Umfeld	Anrede, Name, Organisation	Strasse, Hausnummer	Postfach	PLZ, Ort, Land	
Eintrag 1 usw.							