

Beantragung Notfallausweis

Adipositaschirurgie-Selbsthilfe Deutschland e.V.
AcSD e.V.
Kolpingstraße 28
D-65451 Kelsterbach

Hochformat
 Querformat



Daten für den Ausweis:

Patient, Vorname: **Patient**, Nachname:
Straße / Nr.: PLZ / Ort:
Geburtsdatum: OP-Datum:
Notfall-Kontakt **Notfall-Kontakt**
Vorname: Nachname:
Notfall-Kontakt
Telefonnummer:

Wichtige Besonderheiten / Medikamente:

Operationsmethode: (Bitte nur eine ankreuzen)

- (1) Magenballon / Gastric Ballon (6) BPD / DS Billiopankreatische Diversion mit Dudenalem Switch
 (2) Schlauchmagen / Sleeve Resection (7) Magenband / Gastric Banding
 (3) Mini Magenbypass / Gastric (8) BPD Billiopankreatische Diversion
 (4) RouxY Magenbypass / Gastric Bypass (9) Sadi
 (5) Magenbypass / Gastric Bypass mit / with Silasitc Ring (Fobi)

Krankenhaus:

Krankenhaus:
Straße / Nr.:
PLZ / Ort:
Notrufnummer des Krankenhaus:
Name des Operateurs:

Kontaktinformationen für diesen Ausweis:

Telefonnummer: E-Mail:

Der Ausweis kostet 10,- Euro für Nichtmitglieder und 5,- Euro für Mitglieder des AcSD e.V.

Mitglied:
 Ja Nein

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto und denken unbedingt daran ein Foto mitzuschicken:

Kontoinhaber: **Sandra Graf-Steinbrück**
Kreditinstitut: **Volksbank Südwestfalen**
IBAN: **DE67 4476 1534 0768 3780 01**
BIC: **GENODEM1NRD**

Als Verwendungszweck geben Sie bitte „Notfallausweis“
und den Vor- und Nachnamen an.
Nach Verbuchung des Betrages produzieren wir den
Ausweis und senden ihn per Post an die o.g. Adresse.

Der Ausweis wird nur anhand der Daten auf dieser Bestellung erstellt. Für die Richtigkeit der Daten ist alleine der Patient verantwortlich. Der Aussteller des Ausweises kann in keiner Weise haftbar gemacht werden.

Ort / Datum: Unterschrift:

Postanschrift
AcSD e.V.
Kolpingstraße 28
D-65451 Kelsterbach
Telefon: +49 (69) 40 56 42 16
Notfallausweis@acsdev.de
www.acsdev.de

Vereinsregistergericht
Frankfurt am Main
VR13262
Finanzamt
Frankfurt am Main III
Steuernummer
045 250 8452 2-K18