

WICHTIGE INFORMATIONEN ZU MEINER PERSON

NAME
VORNAME
GEBOREN AM
ADRESSE

TRIFFT EINE DIESER KRANKHEITEN ODER BEHANDLUNGEN AUF SIE ZU?

HERZINFARKT	JA <input type="checkbox"/>
SCHLAGANFALL	JA <input type="checkbox"/>
BLUTVERDÜNNUNG	JA <input type="checkbox"/>
HERZSCHRITTMACHER	JA <input type="checkbox"/>

WURDEN OPERATIVE EINGRIFFE BEI IHNEN VORGENOMMEN?

--

BLUTHOCHDRUCK	JA <input type="checkbox"/>
BYPASS OPERATION	JA <input type="checkbox"/>
NIERENERKRANKUNG	JA <input type="checkbox"/>
DIALYSEBEHANDLUNG	JA <input type="checkbox"/>
ASTHMA, CHRONISCHE BRONCHITIS	JA <input type="checkbox"/>
ZUCKERKRANKHEIT (DIABETES)	JA <input type="checkbox"/>
EPILEPSIE, ANFALLSLEIDEN	JA <input type="checkbox"/>
BLUTERKRANKHEIT	JA <input type="checkbox"/>

LEIDEN SIE UNTER ALLERGIEN UND/ ODER UNVERTRÄGLICHKEITEN?

--

LEIDEN SIE UNTER KÖRPERLICHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN, BENÖTIGEN SIE ENTSPRECHENDE HILFSMITTEL?

--

WELCHE IMPFUNGEN HABEN SIE IN DEN LETZTEN MONATEN ERHALTEN?

--

WO BEWAHREN SIE IHREN IMPFPASS AUF?

--

KRANKENKASSE
VERS.NR.
BLUTGRUPPE
RH FAKTOR
MUTTERSPRACHE
PFLEGEDIENST

IHR FOTO

NEHMEN SIE TÄGLICH/REGELMÄßIG MEDIKAMENTE?

JA <input type="checkbox"/>	

WO LAGERN IHRE MEDIKAMENTE?

--

BESITZEN SIE EINE PATIENTENVERFÜGUNG? WO BEWAHREN SIE DIESE AUF?

JA <input type="checkbox"/>	
-----------------------------	--

BESITZEN SIE EINEN ORGANSPENDEAUSWEIS? WO BEWAHREN SIE DIESEN AUF?

JA <input type="checkbox"/>	
-----------------------------	--

KONTAKT HAUSARZT

NAME
ANSCHRIFT



PFLEGEDIENST (ORGANISATION ODER PRIVAT)

NAME
ANSCHRIFT

