

WICHTIGE INFORMATIONEN ZU MEINER PERSON

NAME
VORNAME
GEBOREN AM
ADRESSE

KRANKENKASSE
VERS.NR.
BLUTGRUPPE
RH FAKTOR
MUTTERSPRACHE
PFLEGEDIENST

IHR FOTO

TRIFFT EINE DIESER KRANKHEITEN ODER BEHANDLUNGEN AUF SIE ZU?

WURDEN OPERATIVE EINGRIFFE BEI IHNEN Vorgenommen?

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

KEPERS INNOVATION · DISSELDORF

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



WELCHE IMPFUNGEN HABEN SIE IN DEN LETZTEN MONATEN ERHALTEN?

--

WO BEWAHREN SIE IHREN IMPFPASS AUF?

--