

A. PERSON

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Pflegegrad _____ GdB _____

Schwerbehindertenausweis vorhanden ☐ Ja ☐ Nein

B. NOTFALLKONTAKT

Name _____

Verhältnis zur Person _____

Telefon _____

Telefon (weitere, optional) _____

C. ÄRZTLICHE ANSPRECHPARTNER

Hausarzt _____

Telefon _____

Facharzt (optional) _____

Telefon _____

F. ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN

D. DIAGNOSEN / WICHTIGE ERKRANKUNGEN

E. MEDIKAMENTE

MEDIKAMENT	STÄRKE	EINNAHME / ZEITPUNKT
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Aktueller Medikamentenplan liegt hier _____

G. HILFSMITTEL / BESONDERE UNTERSTÜTZUNG

H. WICHTIGE BESONDERHEITEN

I. WICHTIGE DOKUMENTE

☐ Patientenverfügung vorhanden

☐ Vorsorgevollmacht vorhanden

☐ Betreuungsverfügung vorhanden

Aufbewahrungsort _____

J. PFLEGE / ORGANISATION

Pflegekasse _____

Pflegedienst _____

Ansprechpartner / Telefon _____

Zuletzt aktualisiert am _____