

## Persönliche Daten

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Organspender  JA  NEIN

Tel. \_\_\_\_\_ Blutgruppe \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_

## Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

## Im Notfall kontaktieren

Name \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Bezug / Ist wer? \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Bezug / Ist wer? \_\_\_\_\_

## Medikamente

Arzneimittel	Stärke/Dosis (MG)	Einnahmezeit & Menge		
		morgens	mittags	abends
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

## Chronische Erkrankungen

## Vorerkrankungen & OP's

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Allergien & Unverträglichkeiten

## Sonstiges & Wichtiges

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_