

<b>Vorname:</b>	<b>Nachname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> T/M/J

## Erkrankungen:

Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Diabetes (Zucker)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bypass	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Epilepsie (Fallsucht)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Welche?			Dialyse seit:		
Antikoagulation (Gerinnung/Blutverdünnung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Hämophilie (Bluterkrankung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrilltmacher/Defibrillalor	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welche?		
Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Allergien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma/chronische Bronchitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welche?		
Glaukom (Grüner Star)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Künstliche Gelenke	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
			Welche?		

## Schutzimpfungen (Tetanus):

Datum	Präparat

## Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

Name/Wirkstoff	Dosis/Menge

## Notfall-Kontakte:

Vorname	Nachname	Telefon
Hausarzt:		

## Dokumente und Aufbewahrungsort:

Organspendeausweis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Vorsorgevollmacht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Betreuungsverfügung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Patientenverfügung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

## Hinweise:

---



---

weitere Hinweise ggf. auf der Rückseite notieren