Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Telefon	

Hausarzt	
Tel.-Nr. des Arztes	
Krankenkasse	
Versicherungsnr.	
Pflegedienst o.ä.	

Zu benachrichtigende Person
alternativ

Patientenverfügung	Ja	Nein
Bevollmächtigte Person oder gesetzl. Betreuer (Name und Tel-Nr.)		

Grund- und Vorerkrankungen, z.B. Diabetes

Aktuelle Medikamente (bitte alle regelmäßig eingenommenen Medikamente eintragen)	morgens	mittags	abends	nachts