

# PERSÖNLICHE UND VERWALTUNGSANGABEN



<b>NAME</b>	
<b>Geburtsname</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Adresse</b>	<b>Geburtstag</b>
	<b>Festnetzanschluss :</b>
	<b>Handynummer :</b>

<b>Sozialversicherung</b>	<b>Krankheitsversicherung</b>	<b>Versicherung</b>
Kasse :	Name :	Name :
Nummer :	Nummer :	Nummer :

## Name, Adresse, Telefonnummer

WICHTIGE ADRESSE UND TELEFONNUMMER	Familie, Verwandte	Personen zu anrufen	
	Ärzte, Pflegepersonal, Heimhilfe	Behandelnder Arzt	
		Heimkrankenpfleger	
		Andere Heimbeteiligter	
	Krankenhaus, Klinik	Pflegeanstalte und besuchte Dienste, in den Sie gefolgt sind	
		Liebste Anstalt im Notfall	
Andere	Mögliche Dolmetscher, Bevormundung (Schutzmaßnahme)		

## IM WEALYHIP VORLIEGENDE DOKUMENTE

Letzte REZEPTE	<input type="checkbox"/>	Blutgruppekarte	<input type="checkbox"/>
Elektrokardiogramm	<input type="checkbox"/>	Sozialversicherungsnachweis	<input type="checkbox"/>
Ergebnisse der biologischen Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	Adresse und Telefonnummer der Krankheitsversicherung	<input type="checkbox"/>
Ergebnisse der Radiographien, Scanners, Ultraschalluntersuchungen	<input type="checkbox"/>	Adresse und Telefonnummer der Versicherung (Repatriierung)	<input type="checkbox"/>
Datum der letzten Impfung gegen Tetanus	<input type="checkbox"/>	Identitätskarte / Pass	<input type="checkbox"/>
Medizinische Gleichwertigkeit	<input type="checkbox"/>	ANDERE :	<input type="checkbox"/>

# MEDIZINISCHE INFORMATIONEN



Datum der  
letzten Aktualisierung :

PERSÖNNLICHE VORGESCHICHTE	Medizinische			
	Chirurgische			
	Allergien	Heilendallegien		
		Nahrungsallergien		
		Andere		
	Anweisungen oder Protokollen			
Gewicht	Größe	Gewöhnlicher Blutdruck	Blutgruppe	Impfung gegen Tetanus
				Datum :
Schwere Vorgeschichte der Familie				

## AKTUELLE BEHANDLUNG