|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Geschlecht**  **Männlich / Weiblich** |
| **Geburtsdatum** |
| **Name Hausarzt/-ärztin** | **Anschrift (Straße, PLZ, Ort)** | **Telefonnummer** |
| **Zu benachrichtigender Angehöriger** | **Anschrift (Straße, PLZ, Ort)** | **Telefonnummer** |
| **Ambulanter Pflegedienst** | **Ansprechpartner** | **Telefonnummer** |
| **Gesetzliche Betreuung (J/N)** | **Name Betreuer/in** | **Telefonnummer** |
| **Patientenverfügung (J/N)** | **Ort der Hinterlegung** | |
| **Vorsorgevollmacht (J/N)** | **Ort der Hinterlegung** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Haben Sie Allergien (J/N)** | **Wenn ja, welche** | **Diabetes (J/N)** |
| **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (J/N)** | **Wenn ja, welche** | **Koronare Herzkrankh (J/N)** |
| **Sonstige Erkrankungen (J/N)** | **Wenn ja, welche** | **Herzinfarkt (J/N)** |
| **Sind Sie aufgrund des Sehens oder Hörens auf Hilfsmittel angewiesen (J/N)** | **Wenn ja, welche** | **Schlaganfall (J/N)** |
| **Haustier (J/N)** | **Wenn ja, welche** | **Hoher Blutdruck (J/N)** |
| **Wer kann sich im Notfall um das Haustier kümmern?** | **Name und Telefonnummer** | **Epilepsie (J/N)** |
| **Werden Dritte betreut (J/N)** | **Name, Anschrift und Telefonnummer** | **Asthma (J/N)** |
| **Zahnprotese (J/N)** |