

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

