

Name		Zu benachrichtigende Person	Grunderkrankungen			
Vorname						
Geburtsdatum						
Strasse		alternativ				
PLZ/Ort						
Telefon						

Hausarzt		Patientenverfügung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Aktuelle Medikamente (Bitte alle regelmäßig eingenommenen Medikamente eintragen)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Bevollmächtigte Person oder gesetzl. Betreuer (Name und Tel.-Nr.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tel.-Nr des Arztes				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgruppe				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenkasse				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versicherungsnr				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst o.ä.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>