



## Medizinische Daten

Krankenkasse

Versichertennummer

Krankenzusatzversicherung      Ja                      Nein

Versicherungsträger

Pflegezusatzversicherung      Ja                      Nein

Versicherungsträger

## Hausärztin / Hausarzt

Name

Anschrift

Telefonnummer


## Weitere Fachärztinnen / Fachärzte

Name

Anschrift

Telefonnummer


Name

Anschrift

Telefonnummer


Name

Anschrift

Telefonnummer


Schwerbehinderung                      Ja                      Nein

Grad    Merkzeichen



## Weitere Angaben

Organspendeausweis Ja Nein

Aufbewahrungsort

---



---



---

Pflegegrad

Nein	1	2
3	4	5

### Pflegedienst

Name

Anschrift

Telefonnummer

---



---



---

### Tagespflege

Name

Anschrift

Telefonnummer

---



---



---

### Hilfsmittel

Brille	Zahnprothese	Haarteil / Perücke
Gehhilfe	Lesehilfe	Herzschriltmacher
Hörgerät	Implantate	Rollator/Rollstuhl
Prothese	Sonstige	

### Mögliche weitere Angaben

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---