

Hausarzt Name, Vorname _____
 Anschrift _____

 Praxis-Telefon _____
 Mobilruf _____

Bluthochdruck	☐	Medikamentös eingestellt:	Ja	☐	Nein	☐
Herzinfarkt	☐					
Schlaganfall	☐	Schwindelattacke	☐			
Asthma Bronchiale	☐	Vorhofflimmern	☐			
COPD	☐	Demenz	☐			
allgemeine Atemnot	☐	Spracheinschränkung	☐	_____		
Diabetes Mellitus	☐	Typ_____	Insulin / Tablette::	_____		
Sehstörung	☐	_____			(Brille/Blind/li/re)	
Eingeschränktes Hören	☐	Hörgerät	_____		(li/re/beidseits)	
Gangunsicherheiten	☐	Hilfsmittel	_____		(Rollator/Rollstuhl)	
Knie-OP (TEP)	☐					
Hüft-OP (TEP)	☐	Patientenverfügung	☐	Wo?	_____	
Osteoporose	☐					
Herzschritmacher	☐					
Allergien	☐	_____				

Sonstige Erkrankungen		_____				

Blutdruckmedikamente	☐	Medikamentenname: _____
Blutverdünner	☐	
NitroSpray	☐	Tablette: ☐ Injektion: ☐
Insulin	☐	
Asthma-Spray	☐	Liter/min.: _____
Schmerzmittel	☐	
Dauerhaft Sauerstoff	☐	
Weitere Medikamente	_____ _____ _____	

Kontaktpersonenliste

Kontaktperson 1	Schlüssel?	☐	Vollmacht	☐
Bezugsverhältnis (z.B.: Sohn/Tochter/...):				
Nachname, Vorname				
Anschrift	Straße			
	Plz Ort			
	Telefonnummer Haus			
	Telefonnummer Mobil			
	Telefonnummer Arbeit			
	Anfahrtszeit geschätzt			

Kontaktperson 2	Schlüssel?	☐	Vollmacht	☐
Bezugsverhältnis (z.B.: Sohn/Tochter/...):				
Nachname, Vorname				
Anschrift	Straße			
	Plz Ort			
	Telefonnummer Haus			
	Telefonnummer Mobil			
	Telefonnummer Arbeit			
	Anfahrtszeit geschätzt			

Kontaktperson 3	Schlüssel?	☐	Vollmacht	☐
Bezugsverhältnis (z.B.: Sohn/Tochter/...):				
Nachname, Vorname				
Anschrift	Straße			
	Plz Ort			
	Telefonnummer Haus			
	Telefonnummer Mobil			
	Telefonnummer Arbeit			
	Anfahrtszeit geschätzt			

Kontaktperson 4	Schlüssel?	☐	Vollmacht	☐
Bezugsverhältnis (z.B.: Sohn/Tochter/...):				
Nachname, Vorname				
Anschrift	Straße			
	Plz Ort			
	Telefonnummer Haus			
	Telefonnummer Mobil			
	Telefonnummer Arbeit			
	Anfahrtszeit geschätzt			