

Checkliste zur Erfassung der Gesundheitsfürsorge

Diagnose(n)

Medikation

Hausarzt

Name	Anschrift	Telefonnummer

Facharzt

Name	Anschrift	Telefonnummer

Krankenhaus/ Klinik

Name	Anschrift	Telefonnummer

Ambulante Dienste

Name	Anschrift	Telefonnummer

Krankenversicherung

Name	Anschrift	Versicherungsnummer

Pflegekasse

Name	Anschrift	Versicherungsnummer

Beihilfestelle

Name	Anschrift	Versicherungsnummer

Befreiung von der gesetzlichen Zuzahlung (Befreiungsausweis)

- Ja bis _____
- Nein

Schwerbehindertenausweis

Name	Anschrift	Geschäftszeichen	Grad der Behinderung/ Merkzeichen	gültig bis

Impfausweis

Patientenverfügung

- Ja Aufbewahrungsort: _____
- Nein