

## 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