

Wichtige Informationen zu mir:

Name, Vorname

Adresse

Telefon (mobil), E-Mail

Im Notfall zu benachrichtigende Personen:

Name, Vorname

Person hat Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung: Ja Nein

Telefon (mobil), E-Mail

Name, Vorname

Person hat Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung: Ja Nein

Telefon (mobil), E-Mail

Name, Vorname

Person hat Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung: Ja Nein

Telefon (mobil), E-Mail

Mein:e Hausärzt:in:

Name, Vorname

Telefon (mobil), E-Mail

Meine weitere:n (Fach-)Ärzt:innen:

Name, Vorname

Telefon (mobil), E-Mail

Name, Vorname

Telefon (mobil), E-Mail

Informationen zu meiner Krankenkasse:

Krankenkasse

Versichertennummer

Weitere wichtige Informationen zu mir:

(z.B. Chronische Erkrankungen, Medikamente, Allergien/Unverträglichkeiten, Implantate):