

Checkliste zur Erfassung der Gesundheitssorge

Diagnose

Medikation

Hausarzt

Name	Anschrift	Tel.

Facharzt

Name	Anschrift	Tel.

Klinik

Name	Anschrift	Tel.

Ambulante Dienste

Name	Anschrift	Tel.

Krankenkasse

Name

Tel.

AZ

Pflegekasse

Name

Tel.

AZ

Beihilfestelle

Name

Tel.

AZ

Befreiung von der Zuzahlung bei Medikamenten

- Ja bis _____
- Nein

Schwerbehindertenausweis

Name

Tel.

AZ

--	--	--

Impfausweis

Patientenverfügung

- ja Aufbewahrungsort _____
- nein