



Name: _____

Geb.-Datum: _____

3. Wichtige Informationen auf einen Blick

3.1 Grunderkrankungen

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____



ACHTUNG: Besondere Hinweise zum Umgang mit meinen Erkrankungen unter Punkt 6 in dieser Mappe.

Erkrankung: _____

Transplantation (welches Organ und Jahr der Operation): _____

3.2 Vorhandene Unterlagen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medikamentenplan* | <input type="checkbox"/> Marcumapass |
| <input type="checkbox"/> Diabetikerausweis | <input type="checkbox"/> Dialysepass |
| <input type="checkbox"/> Röntgenausweis | <input type="checkbox"/> Impfausweis |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacherausweis | <input type="checkbox"/> Organspendeausweis |
| <input type="checkbox"/> Röntgenpass | <input type="checkbox"/> Allergiepass |

Allergien: _____

Letzte Tetanus-Impfung: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht | <input type="checkbox"/> Patientenverfügung: |
| <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung: | (Dokumente siehe Inhaltsverzeichnis Punkt 8 in dieser Mappe) |

* Medikamentenplan siehe Inhaltsverzeichnis Punkt 4



Name: _____

Geb.-Datum: _____

3.3 Vorhandene Hilfsmittel und Hinweise auf Beeinträchtigungen

Hörhilfen

Gehhilfen

Zahnprothese

Sehhilfen

Inkontinenz-Artikel

Arm-/Beinprothese

Atemhilfen

Wenn ja, welche: _____

Weitere Hilfsmittel: _____

Mobilität: _____

Ausscheidung: _____

Ernährung: _____

Orientierung: _____

Selbstgefährdungspotenzial:

Weg-/Hinlauff Tendenzen

Orientierungsstörung

Sturzgefährdung

Andere Gefährdung: _____

Dementielle Erkrankung:

unter Punkt 6 „Informationsbogen Patient mit Demenz“ ausgefüllt

3.4 Weitere Hinweise (z. B. Schmerzproblematik)

Ausgefüllt am: _____ von: _____

Aktualisiert am: _____ von: _____