



Name der pflegebedürftigen Person	Datum	Ausgefüllt von
_____	_____	_____

	Dokument
<input type="checkbox"/>	Aktueller Medikamentenplan
<input type="checkbox"/>	Diagnosenübersicht / Vorerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Allergien und Unverträglichkeiten
<input type="checkbox"/>	Notfallkontakte / Angehörige
<input type="checkbox"/>	Kontaktdaten behandelnder Arztpraxen
<input type="checkbox"/>	Kontaktdaten Pflegedienst / weitere Dienste
<input type="checkbox"/>	Patientenverfügung
<input type="checkbox"/>	Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung
<input type="checkbox"/>	Aktuelle Arzt- und Entlassbriefe
<input type="checkbox"/>	Implantat-, Allergie- und weitere Notfallsausweise
<input type="checkbox"/>	Liste medizinischer Geräte und Hilfsmittel
<input type="checkbox"/>	Personalausweis
<input type="checkbox"/>	Versichertenkarte
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

