

Patienten Informationsblatt

Persönliche Daten	
Name	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
Krankenkasse/Versicherung	
Kontaktperson im Notfall	

Anamnese Daten	
Hausarzt / behandelnder Arzt	
Klinik / Krankenhaus	
Allergien / Unverträglichkeiten	
Chronische Erkrankungen	
Blutgruppe	
Medizinische Geräte / Implantate z.B. Herzschrittmacher	

Medikamentenplan			
Medikament	Dosierung	Einnahmezeit	Besonderes

Blutdruckwerte (optional)					
Datum	Uhrzeit	Systolisch (mmHg)	Diastolisch (mmHg)	Puls	Bemerkung / Symptome