

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Wohnanschrift: .....  
.....  
Telefon/Handy: .....  
( Zutreffendes ankreuzen  / ausfüllen )  
**Blutgruppe:** ..... ; **Bluter:**   
**Herzschrittmacher:**  **Diabetes:**   
**Unverträgliche Medikamente:**   
.....  
**Notwendige Medikamente:**   
.....  
**Bekannte Allergien:**   
.....

**Bestehende Behinderungen:**  
**Gehörlos:** ; **Schwerhörig:**   
*rechts:* ; *links:*   
*Hörgerät vorhanden:*   
**Sprachbehinderung:**   
erforderl. Kommunikationshilfen:   
.....  
**blind:** ; **sehschwach:**   
**querschnittsgelähmt:**   
*Bereich:* .....  
**stehunfähig:** ; **gehunfähig:**   
**eingeschränkt gehfähig:**   
**Rollstuhlnutzer:**   
**Katheterisieren erforderl.:**   
Selbstkath.:   
Kathetertyp: .....

**Assistenz erforderlich:**   
*wobei?* .....  
**Behandelnder Hausarzt:**  
**Name:** .....  
**Anschrift:** .....  
.....  
Telefon/Handy: .....  
**Behandelnde Fachärzte:**  
**Name:** .....  
**Anschrift:** .....  
.....  
Telefon/Handy: .....  
**Name:** .....  
**Anschrift:** .....  
.....  
Telefon/Handy: .....

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Wohnanschrift: .....  
.....  
Telefon/Handy: .....  
( Zutreffendes ankreuzen  / ausfüllen )  
**Blutgruppe:** ..... ; **Bluter:**   
**Herzschrittmacher:**  **Diabetes:**   
**Unverträgliche Medikamente:**   
.....  
**Notwendige Medikamente:**   
.....  
**Bekannte Allergien:**   
.....

**Bestehende Behinderungen:**  
**Gehörlos:** ; **Schwerhörig:**   
*rechts:* ; *links:*   
*Hörgerät vorhanden:*   
**Sprachbehinderung:**   
erforderl. Kommunikationshilfen:   
.....  
**blind:** ; **sehschwach:**   
**querschnittsgelähmt:**   
*Bereich:* .....  
**stehunfähig:** ; **gehunfähig:**   
**eingeschränkt gehfähig:**   
**Rollstuhlnutzer:**   
**Katheterisieren erforderl.:**   
Selbstkath.:   
Kathetertyp: .....

**Assistenz erforderlich:**   
*wobei?* .....  
**Behandelnder Hausarzt:**  
**Name:** .....  
**Anschrift:** .....  
.....  
Telefon/Handy: .....  
**Behandelnde Fachärzte:**  
**Name:** .....  
**Anschrift:** .....  
.....  
Telefon/Handy: .....  
**Name:** .....  
**Anschrift:** .....  
.....  
Telefon/Handy: .....

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Wohnanschrift: .....  
.....  
Telefon/Handy: .....  
( Zutreffendes ankreuzen  / ausfüllen )  
**Blutgruppe:** ..... ; **Bluter:**   
**Herzschrittmacher:**  **Diabetes:**   
**Unverträgliche Medikamente:**   
.....  
**Notwendige Medikamente:**   
.....  
**Bekannte Allergien:**   
.....

**Bestehende Behinderungen:**  
**Gehörlos:** ; **Schwerhörig:**   
*rechts:* ; *links:*   
*Hörgerät vorhanden:*   
**Sprachbehinderung:**   
erforderl. Kommunikationshilfen:   
.....  
**blind:** ; **sehschwach:**   
**querschnittsgelähmt:**   
*Bereich:* .....  
**stehunfähig:** ; **gehunfähig:**   
**eingeschränkt gehfähig:**   
**Rollstuhlnutzer:**   
**Katheterisieren erforderl.:**   
Selbstkath.:   
Kathetertyp: .....

**Assistenz erforderlich:**   
*wobei?* .....  
**Behandelnder Hausarzt:**  
**Name:** .....  
**Anschrift:** .....  
.....  
Telefon/Handy: .....  
**Behandelnde Fachärzte:**  
**Name:** .....  
**Anschrift:** .....  
.....  
Telefon/Handy: .....  
**Name:** .....  
**Anschrift:** .....  
.....  
Telefon/Handy: .....

**Ambulanter Pflegedienst:**

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Telefon/Handy:** .....

**Zu benachrichtigende Angehörige:**

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Telefon/Handy:** .....

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Telefon/Handy:** .....

**Schwerbehindertenausweis:**

GdB (v.H.): .....%

**Pflegestufe:** 1  2  3

**Vorsorgevollmacht hinterlegt:**

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Telefon/Handy:** .....

**Patientenverfügung hinterlegt:**

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Telefon/Handy:** .....

**Besondere Hinweise:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Ambulanter Pflegedienst:**

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Telefon/Handy:** .....

**Zu benachrichtigende Angehörige:**

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Telefon/Handy:** .....

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Telefon/Handy:** .....

**Schwerbehindertenausweis:**

GdB (v.H.): .....%

**Pflegestufe:** 1  2  3

**Vorsorgevollmacht hinterlegt:**

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Telefon/Handy:** .....

**Patientenverfügung hinterlegt:**

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Telefon/Handy:** .....

**Besondere Hinweise:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Ambulanter Pflegedienst:**

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Telefon/Handy:** .....

**Zu benachrichtigende Angehörige:**

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Telefon/Handy:** .....

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Telefon/Handy:** .....

**Schwerbehindertenausweis:**

GdB (v.H.): .....%

**Pflegestufe:** 1  2  3

**Vorsorgevollmacht hinterlegt:**

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Telefon/Handy:** .....

**Patientenverfügung hinterlegt:**

**Name:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Telefon/Handy:** .....

**Besondere Hinweise:**

.....

.....

.....

.....

.....

Patientenpass  
für Menschen mit Behinderungen



Dieser Pass ist eine **freiwillige Hilfe** der Patienten für die Sicherstellung ihres behinderungsbedingten Versorgungs- und Betreuungsbedarfs durch die medizinische Einrichtung

Patientenpass  
für Menschen mit Behinderungen



Dieser Pass ist eine **freiwillige Hilfe** der Patienten für die Sicherstellung ihres behinderungsbedingten Versorgungs- und Betreuungsbedarfs durch die medizinische Einrichtung

Patientenpass  
für Menschen mit Behinderungen



Dieser Pass ist eine **freiwillige Hilfe** der Patienten für die Sicherstellung ihres behinderungsbedingten Versorgungs- und Betreuungsbedarfs durch die medizinische Einrichtung