



Medizinische Informationen

Name Pflegebedürftige(-r) _____

Alter: _____ Jahre

**Für die Pflege
bedeutsame
Erkrankungen:**

(wenn der Platz nicht
ausreicht, bitte Rückseite
benutzen)

**Aktuelle
Dauer- und
Bedarfsmedikation:**

(wenn der Platz nicht
ausreicht, bitte Rückseite
benutzen)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

