



<i>Patienten – Etikett</i>	1. IDNR					
	13. Datum					

P1. Patient: Wohnadresse		
Name	Vorname	Geburtsname
Strasse	PLZ	Ort
P1. Patient: Ansprechpartner an Wohnadresse		<input type="checkbox"/> keine
Name	Vorname	Geburtsname
Strasse	PLZ	Ort
Telefon		Handy
P2. Angehörige, Freunde		<input type="checkbox"/> keine
Name	Vorname	Bezug zum Pat.
Strasse	PLZ	Ort
Telefon		Handy
Name	Vorname	Bezug zum Pat.
Strasse	PLZ	Ort
Telefon		Handy
Name	Vorname	Bezug zum Pat.
Strasse	PLZ	Ort
Telefon		Handy
Bemerkungen		
P3. betreuender Arzt / Hausarzt		<input type="checkbox"/> keine
Name Praxis		Ansprechpartner
Strasse	PLZ	Ort
Telefon		Handy
Name		Ansprechpartner
Strasse	PLZ	Ort
Telefon		Handy
Bemerkungen		
P4. betreuender Pflegedienst		<input type="checkbox"/> keine
Name Dienst		Ansprechpartner
Strasse	PLZ	Ort
Telefon		Handy
Bemerkungen		
P5. Ehrenamtlicher Hospizdienst		<input type="checkbox"/> keine
Name		
Strasse	PLZ	Ort
Telefon		Handy
Bemerkungen		
P6. Krankenkasse		<input type="checkbox"/> keine
Name	PLZ	Ort
Telefon		
Kassennr.		Versichertenr.