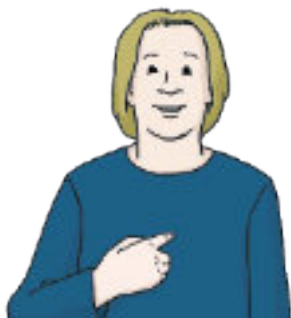


Teil 1

Meine Informationen

Mein Vorname:



Mein Nachname:

Meine Adresse:

Straße:

Haus·nummer:



Ort:

Post·leitzahl:



Mein Geburts·datum:

Teil 1

Meine Krankenkasse:



Meine Versichertennummer bei der Krankenkasse:

Bitte kreuzen Sie an:

Ich habe einen Betreuer.

☐ Nein.

☐ Ja.



Das ist der Name
von meinem Betreuer:

Bitte kreuzen Sie an:

Das bringe ich beim Besuch mit:

☐ Liste mit meinen Medikamenten

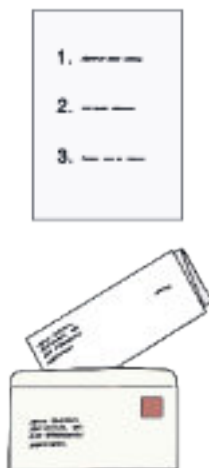
☐ Infos über andere Untersuchungen

Zum Beispiel:

von einem anderen Arzt

oder einem Labor.

Das schwere Wort dafür ist: Befund.



☐ meine Krankenkassenkarte

Teil 1



Das muss der Arzt wissen:

Bitte kreuzen Sie an:

Ich bin schwanger.

☐ Nein.

☐ Ja.



Bitte kreuzen Sie an:

Ich habe Allergien.

☐ Nein.

☐ Ja.

Diese Allergien habe ich:



Bitte kreuzen Sie an:

Diese Hilfsmittel benutze ich:

Ich benutze einen Rollator .

☐ Nein.

☐ Ja.

Ich benutze einen Rollstuhl.

☐ Nein.

☐ Ja.

Ich benutze andere Hilfsmittel.

☐ Nein.

☐ Ja.

Diese Hilfsmittel benutze ich:

Teil 1



Bitte kreuzen Sie an:

Ich bringe einen Begleiter mit.

☐ Nein.

☐ Ja.

So heißt mein Begleiter:

Bitte kreuzen Sie an:

Ich brauche Hilfe bei der Sprache.

☐ Nein.

☐ Ja.



Ich habe eine Person, die für mich übersetzt.

☐ Nein.

☐ Ja.

Ich habe ein Programm, das für mich übersetzt.

☐ Nein.

☐ Ja.