

## 1. Teilnehmer

SerienNr. \_\_\_\_\_

<b>1. HNR-Teilnehmer</b>	
Name: <input style="width: 280px;" type="text"/>	Vorname: <input style="width: 280px;" type="text"/>
Geb. Datum: <input style="width: 280px;" type="text"/>	Partner: <input type="checkbox"/> alleinstehend: <input type="checkbox"/>
Straße/Nr. <input style="width: 280px;" type="text"/>	Telefon: <input style="width: 280px;" type="text"/>
PLZ/Ort: <input style="width: 280px;" type="text"/>	Stockwerk: <input style="width: 50px;" type="text"/> EFH <input type="checkbox"/> MFH <input type="checkbox"/> RH <input type="checkbox"/>
Pflegegrad: kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Krankenkasse: <input style="width: 280px;" type="text"/>	KV-Nr.: <input style="width: 280px;" type="text"/>
<b>Vitalbild:</b> <input style="width: 720px; height: 25px;" type="text"/>	
<b>Medikamente:</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<b>Lagerort:</b> <input style="width: 280px;" type="text"/>
<b>Hausarzt:</b> <input style="width: 280px;" type="text"/>	<b>Telefon:</b> <input style="width: 280px;" type="text"/>
<b>Zuständige Pflegeeinrichtung:</b>	<b>Zuständige Rettungsleitstelle:</b>
Name: <input style="width: 280px;" type="text"/>	Stadt/Ort: <input style="width: 280px;" type="text"/>
Tel.: <input style="width: 280px;" type="text"/>	Tel.: <input style="width: 280px;" type="text"/>
<b>1.Kontakt</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Immer Info an <input type="checkbox"/> nur im Notfall Info an <input type="checkbox"/>	<b>Status:</b>
Name/Anschritt: <input style="width: 700px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pflegedienst
Telefon: <input style="width: 250px;" type="text"/> Mobil: <input style="width: 250px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Partner/in
	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn
	<input type="checkbox"/> Nachbar/in weitere/r
<b>2.Kontakt</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Immer Info an <input type="checkbox"/> nur im Notfall Info an <input type="checkbox"/>	<b>Status:</b>
Name/Anschritt: <input style="width: 700px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pflegedienst
Telefon: <input style="width: 250px;" type="text"/> Mobil: <input style="width: 250px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Partner/in
	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn
	<input type="checkbox"/> Nachbar/in weitere/r
<b>3.Kontakt</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Immer Info an <input type="checkbox"/> nur im Notfall Info an <input type="checkbox"/>	<b>Status:</b>
Name/Anschritt: <input style="width: 700px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pflegedienst
Telefon: <input style="width: 250px;" type="text"/> Mobil: <input style="width: 250px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Partner/in
	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn
	<input type="checkbox"/> Nachbar/in weitere/r
<b>4.Kontakt</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Immer Info an <input type="checkbox"/> nur im Notfall Info an <input type="checkbox"/>	<b>Status:</b>
Name/Anschritt: <input style="width: 700px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pflegedienst
Telefon: <input style="width: 250px;" type="text"/> Mobil: <input style="width: 250px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Partner/in
	<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn
	<input type="checkbox"/> Nachbar/in

<b>2. HNR-Teilnehmer</b>	
Name: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Vorname: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Geb. Datum: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Partner: <input type="checkbox"/> alleinstehend: <input type="checkbox"/>
Straße/Nr. <input style="width: 80%;" type="text"/>	Telefon: <input style="width: 80%;" type="text"/>
PLZ/Ort: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Stockwerk: <input type="text"/> EFH <input type="checkbox"/> MFH <input type="checkbox"/> RH <input type="checkbox"/>
Pflegegrad: kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Krankenkasse: <input style="width: 80%;" type="text"/>	KV-Nr.: <input style="width: 80%;" type="text"/>
<b>Vitalbild:</b> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
<b>Medikamente:</b>	<b>Lagerort:</b>
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<b>Hausarzt:</b>	<b>Telefon:</b>
<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<b>Zuständige Pflegeeinrichtung:</b>	<b>Zuständige Rettungsleitstelle:</b>
Name: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Stadt/Ort: <input style="width: 80%;" type="text"/>
Tel.: <input style="width: 80%;" type="text"/>	Tel.: <input style="width: 80%;" type="text"/>