

1. HNR-Teilnehmer	
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 type="checkbox"/> 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"/>
Vitalbild: <input style="width: 700px;" type="text"/>	
Medikamente: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Lagerort: <input style="width: 280px;" type="text"/>
Hausarzt: <input style="width: 280px;" type="text"/>	Telefon: <input style="width: 280px;" type="text"/>
Zuständige Pflegeeinrichtung:	
Name: <input style="width: 280px;" type="text"/>	Zuständige Rettungsleitstelle:
Tel.: <input style="width: 280px;" type="text"/>	Stadt/Ort: <input style="width: 280px;" type="text"/>
	Tel.: <input style="width: 280px;" type="text"/>
1.Kontakt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Immer Info an <input type="checkbox"/> nur im Notfall Info an <input type="checkbox"/> Status:	
Name/Anschrift: <input style="width: 680px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Partner/in <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Nachbar/in <input type="checkbox"/> weitere/r
Telefon: <input style="width: 280px;" type="text"/> Mobil: <input style="width: 280px;" type="text"/>	
2.Kontakt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Immer Info an <input type="checkbox"/> nur im Notfall Info an <input type="checkbox"/> Status:	
Name/Anschrift: <input style="width: 680px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Partner/in <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Nachbar/in <input type="checkbox"/> weitere/r
Telefon: <input style="width: 280px;" type="text"/> Mobil: <input style="width: 280px;" type="text"/>	
3.Kontakt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Immer Info an <input type="checkbox"/> nur im Notfall Info an <input type="checkbox"/> Status:	
Name/Anschrift: <input style="width: 680px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Partner/in <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Nachbar/in <input type="checkbox"/> weitere/r
Telefon: <input style="width: 280px;" type="text"/> Mobil: <input style="width: 280px;" type="text"/>	
4.Kontakt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Immer Info an <input type="checkbox"/> nur im Notfall Info an <input type="checkbox"/> Status:	
Name/Anschrift: <input style="width: 680px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Partner/in <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Nachbar/in
Telefon: <input style="width: 280px;" type="text"/> Mobil: <input style="width: 280px;" type="text"/>	