

Übersicht medizinisches Gesundheitsbild

Hausarzt Name, Vorname _____
Anschrift _____
Praxis-Telefon _____
Mobilruf _____

Vorerkrankungen

- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Asthma Bronchiale
- COPD
- allgemeine Atemnot
- Diabetes Mellitus
- Sehstörung
- Eingeschränktes Hören
- Gangunsicherheiten
- Knie-OP (TEP)
- Hüft-OP (TEP)
- Osteoporose
- Herzschrittmacher
- Allergien

Medikamentös eingestellt: Ja Nein

- Schwindelattacke
- Kreislaufschwäche
- Vorhofflimmern
- Demenz
- Spracheinschränkung

_____ (Brille/Blind/li/re)

Hörgerät _____ (li/re/beidseits)

Hilfsmittel _____ (Rollator/Rollstuhl)

Patientenverfügung Wo? _____

Sonstige Erkrankungen

Information über relevante Medikamente

- Blutdruckmedikamente
- Blutverdünner
- NitroSpray
- Insulin
- Asthma-Spray
- Schmerzmittel
- Dauerhaft Sauerstoff
- Weitere Medikamente

Medikamentenname: _____

Tablette: Injektion:

Liter/min.: _____

