

Grunderkrankungen: _____

Aktuelle Medikamente (bitte alle regelmäßig eingenommene Medikamente eintragen) morgens mittags abends nachts

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Medikamente: Marcumar Heparin Cortison Insulin

Besonderheiten: Herzschrittmacher Verwirrtheit Weglauftendenz MRSA

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

Vorhandene Hilfsmittel: Hörgerät Sehhilfe Gehhilfe Zahnprothese: oben unten

Andere Hilfsmittel: _____

Weitere Anmerkungen: _____

Letzter Krankenhausaufenthalt _____
(Name Krankenhaus, Abteilung, Ort, Datum)

ausgestellt durch: _____ (Datum, Unterschrift) aktualisiert: _____ (Datum, Unterschrift)