|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Zimmer |  |
| Vorname |  | Geburtsdatum |  |

|  |
| --- |
| Akute Diagnosen |
|  |

|  |
| --- |
| N**ebendiagnose**n |
|  |

|  |
| --- |
| **Besonderheiten der Krankengeschichte** |
|  |

|  |
| --- |
| **Allergien / Unverträglichkeiten** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aktuelle Medikation, inklusive Salben, Inhalationen, Augentropfen** | | | | |
| **Medikament Dosierung** | **morgens** | **mittags** | **abends** | **nachts** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Reservemedikation** | | |
|  | **Einzeldosierung** | **Maximaldosierung** |
| **Schmerzreserve** |  |  |
|  |  |  |
| **Übelkeit** |  |  |
| **Fieber** |  |  |
| **Obstipation** |  |  |
| **Diarrhoe** |  |  |
| **Unruhe (Angstzustände)** |  |  |
| **Schlaflosigkeit** |  |  |
| **Individuelle Reserve (Blutdruck, Inhalation, etc.)** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Reanimation erwünscht** | ja | nein | ungeklärt |
| **Patientenverfügung vorhanden** | ja | nein | ungeklärt |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sterben / Verschlechterung** | | | |
| Hausarzt anrufen | auch nachts und am Wochenende: | ja | nein |
| Notfallarzt anrufen | | | |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name Hausarzt |  | | |
| Datum |  | Unterschrift Arzt |  |