

**Grunderkrankungen:**

---

---

---

**Aktuelle Medikamente** ( bitte alle regelmäßig eingenommene Medikamente eintragen )

morgens mittags abends nachts

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

**Besondere Medikamente:**

<input type="checkbox"/> Marcumar	<input type="checkbox"/> Heparin	
<input type="checkbox"/> Cortison	<input type="checkbox"/> Insulin	
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> Weglauftendenz
<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten: _____	

**Besonderheiten:**

**Vorhandene Hilfsmittel:**

<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Sehhilfe	<input type="checkbox"/> Gehhilfe
<input type="checkbox"/> Zahnprothese: <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten		

**Andere Hilfsmittel:**

---

**Weitere Anmerkungen:**

---

**Letzter Krankenhausaufenthalt**

( Name Krankenhaus, Abteilung, Ort, Datum )

ausgestellt durch: \_\_\_\_\_  
( Datum, Unterschrift)

aktualisiert: \_\_\_\_\_  
( Datum, Unterschrift)