

Übersicht medizinisches Gesundheitsbild

für Hausnotrufteilnehmer/in:

Hausarzt

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Praxis-Telefon _____

ggf. Mobilruf _____

Vorerkrankungen

(zutreffendes bitte Ankreuzen)

Bluthochdruck

Medikamentös eingestellt:

Ja

Nein

Herzinfarkt

Monat / Jahr

Schlaganfall

Monat / Jahr

Asthma Bronchiale

COPD

allgemeine Atemnot

Diabetes Mellitus

Sehstörung

(nur bei Sehkraft unter 10 %)

Hörgerät(e)

rechts

links

beidseits

Gangunsicherheiten

Knie-OP (TEP)

Monat / Jahr

Hüft-OP (TEP)

Monat / Jahr

Osteoporose

Herzschrittmacher

Allergien

Sonstige Erkrankungen

Information über relevante Medikamente

Blutdruckmedikamente

Blutverdünner

Medikamentenname: _____

Spray NitroLingual

Insulin

Tablette:

Injektion:

Asthma-Spray

Medikamentenname: _____

Schmerzmittel

Medikamentenname: _____

Dauerhaft Sauerstoff

Liter/min.: _____

Weitere Medikamente
