

Patientendaten

NAME, VORNAME

männlich weiblich

KÖRPERGRÖÙE

KÖRPERGEWICHT

ALLERGIEN/UNVERTRÄGLICHKEITEN

BAUCHUMFANG

BMI (WIRD DURCH APOTHEKE ERRECHNET)

Raucher ja nein, ____ Zigaretten pro Tag

DIAGNOSEN

LABORWERTE (WENN VORHANDEN)

GFR: _____

LDL: _____

HbA1c: _____

Kalium: _____

Blutdruck: _____

Triglyceride: _____

Nüchtern Glucose: _____

Natrium: _____

Puls: _____

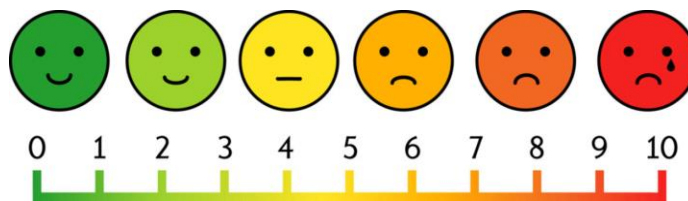
ARZNEIMITTELBEZOGENE UND ALLGEMEINE PROBLEME

PROBLEME BEI DER ARZNEIMITTELEINNAHME: _____

AKUTE SCHMERZEN



CHRONISCHE SCHMERZEN



WASSEREINLAGERUNGEN (WENN JA, WO: _____)

STURZNEIGUNG

SCHWINDEL

HERZBESCHWERDEN/HERZSTOLPERN

MUSKELSCHMERZEN

APPETITLOSIGKEIT

ÜBELKEIT

MAGENBESCHWERDEN

MUNDTROCKENHEIT

SCHLAFPROBLEME

SONSTIGE: _____

ERNÄHRUNGSBESONDERHEITEN

SONDE

MAGENSONDE

JEJUNALSONDE

SCHLUCKBESCHWERDEN

LEBENSMITTEL ZUR DIÄTETISCHER ERGÄNZUNG / FLÜSSIGNAHRUNG: _____

ANDICKUNGSMITTEL

DIVERTIKEL

CHRONISCH ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNG

MAGENBYPASS

STOMA