Grunderkrankungen: /diagnosis_____

_____

_____

Aktuelle Medikamente/ routine medicines	morgens /morning	mittags/noon	abends /evening	nachts/night

Besondere Medikamente O Marcumar O Heparin O Cortison O Insulin O Antibiotikum

Besonderheiten/ special O Herzschrittmacher O Verwirrtheit O Weglauftendenz

O MRSA O Allergien / Unverträglichkeit _____ O Organspende o ja o nein

Hilfsmittel O Hörgerät/hearing aid O Sehhilfe/visual aid O Gehhilfe/assistant O Zahnprothese O oben O unten

Andere Hilfsmittel /other help _____

Letzter Krankenhausaufenthalt/last visit in hospital_____

Name Krankenhaus,/name of hospital Abteilung,/department Ort,place Datum/ date

ausgestellt durch/_____ _____

Unterschrift/signature Datum/ date

aktualisiert:/ updatet:_____

Unterschrift / signature Datum/date

© by Manfred Jouliet