

Name:	Geburtsdatum:	Koje/Platz:
BD: ___/___ mmHg	P: _____ bpm	T: ___ °C SpO2: _____% BZ: _____mmol/l
<u>Jetziges Leiden:</u>	Hausarzt:	
	Allergien:	
	Nikotin:	
	Alkohol:	
	Drogen:	
	Fieber:	
	Nachtschweiss:	
	Gewichtsverlust:	
	Husten:	
	Auswurf:	
Dyspnoe:		
Thoraxschmerzen:		
Palpitationen:		
Ödeme:		
Nausea:		
Emesis:		
Sodbrennen:		
Stuhlgang:		
Miktion:		
Schwindel:		
Kopfschmerzen:		
Motorik/Sensorik:		
Haut:		
Gelenke:		
<u>Familienanamnese:</u>		
<u>Persönliche Anamnese/Operationen:</u>	<u>Sozialanamnese:</u>	
	Pat.Verfügung: REA: IPS:	
	Letzte Mahlzeit: Tetanusstatus:	
	<u>Procedere:</u>	
<i>CVRF: Diabetes, Hypertonie, Dyslipidämie</i>	<input type="checkbox"/> EKG: <input type="checkbox"/> Labor/BK: <input type="checkbox"/> UST: <input type="checkbox"/> Bildgebung: <input type="checkbox"/> Konsil: <input type="checkbox"/> Stat. Aufnahme <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
<u>Medikamente:</u>		
<u>Status Auffälligkeiten:</u>		