Patientenkleber

**BD** / **P** **T** **SaO2** **AF**

**REA**: ja nein **PV**: ja nein

**Jetziges Leiden**:

**Medikamente**:

**Allergien**:

**Pers. Anamnese/OPs**:

**Familienanamnese**:

**Systemanamnese**

**ALLGEMEIN**

Grösse: Gewicht:

Fieber:

Gewicht: Ab-/zunahme

Nachtschweiss:

Schüttelfrost:

**HNO**

Schilddrüsenprobleme:

HNO:

**NEURO**

Kopfschmerzen:

Synkopen:

Schwindel:

Neurolog. Ausfälle:

**KARDIO**

Angina pectoris:

Dyspnoe/Orthopnoe:

Ödeme:

Nykturie:

**PULMO**

Husten:

Asthma:

**GASTRO**

Appetit: weniger/mehr

Durst: weniger/mehr

Übelkeit:

Erbrechen:

Bauchschmerzen:

Stuhlgang: Durchfall, Koprostase, Blut, Melenae

Lebererkrankungen:

**NEPHRO**

Nierenerkrankungen:

Dysurie/Pollakisurie:

Hämaturie/Ausfluss:

**ORTHO/DERMA**

Bewegungsapparat:

Haut:

**NOXEN**

Nikotin:

Alkohol:

Drogen:

**Status Auffälligkeiten**

**Sozialanamnese/Beruf**:

**SOMC (>80J)**

* Jahr
* Monat
* Uhrzeit
* Adresse
* 20..
* Monate…

**Prozedere**