

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

*CVRF: Diabetes, Hypertonie, Dyslipidämie*