

Erkrankungen/Vorerkrankungen

Herzinfarkt Ja Nein

Bypass-Operation/-en Ja Nein

Herzrhythmusstörungen Ja Nein

Welche? _____

Herzschrittmacher/Defibrillator Ja Nein

Bluthochdruck Ja Nein

Asthma/chronische Bronchitis Ja Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein

Dialyse seit: _____

Hämophilie (Bluterkrankheit) Ja Nein

Welche? _____

Allergien Ja Nein

Welche? _____

Epilepsie (Fallsucht) Ja Nein

Glaukom (grüner Star) Ja Nein

Tetanus-Schutzimpfungen

Datum	Präparat + Ch.-B.

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

Präparat	Dosis	Seit (Datum)

Antikoagulation (Blutverdünnung) Ja Nein

--	--	--

Blutgruppe und Rh-Faktor

(wird beides im Notfall neu bestimmt)

Bemerkungen/Sonstiges:

Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes