

Gesundheitsüberprüfung



NAME: _____ **Geburtsdatum:** _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Angehörige mit Adresse und Telefon: _____

Hausarzt: _____

Unter welchen Krankheiten leiden sie derzeit? _____

Wichtige Erkrankungen/Operationen in der Vergangenheit: _____

Allergien: _____

Notfallmedikamente werden mitgeführt? _____

Leiden Sie an Epilepsie (Krampfleiden)? _____

Sind Sie Zuckerkrank? _____

Hatten Sie schon einmal einen erhöhten Blutdruck? _____

Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt oder Schlaganfall? _____

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden: _____

Datum/Unterschrift