



Dokumentationsbogen MediCheck Premium (Patient)

Bitte füllen Sie diesen Dokumentationsbogen soweit Sie können aus. Bringen Sie zum vereinbarten Termin, soweit vorhanden, bitte Folgendes mit:

- Alle aktuellen Arzneimittel (auch Augentropfen) und Nahrungsergänzungsmittel
- Aktuellen Medikationsplan
- Aktuelle Laborwerte
- Aufzeichnungen über Blutdruck und Blutzucker

Kontaktdaten

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Patientenangaben

Gewicht, Größe _____

Blutdruck, Puls _____

Krankengeschichte

Behandelnde Ärzte

An welchen Erkrankungen leiden Sie?

Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt und warum?



Gesundheitsrelevante Angaben

Sind Sie Raucher? ja / nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol oder Kaffee? ja / nein

Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten und wenn ja, an welchen? ja / nein

Welche der folgenden Probleme treten bei Ihnen häufig (mindestens einmal pro Woche) auf?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden/Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schlafprobleme | <input type="checkbox"/> Geschwollene Beine |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit/Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Juckreiz/Hautausschlag |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit/Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Nasenbluten/Zahnfleischbluten |
| <input type="checkbox"/> Atemprobleme | <input type="checkbox"/> Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Blaue Flecke | <input type="checkbox"/> Sexualstörungen |

Angaben zu Ihren Arzneimitteln

Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an die Medikationsanalyse?

Haben Sie Probleme mit der Anwendung Ihrer Arzneimittel und wenn ja, welche?

Vergessen Sie manchmal, Ihre Arzneimittel einzunehmen? ja / nein

Wo bewahren Sie Ihre Medikamente auf?

Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?
