

Erkrankung	1	2	Erkrankung	1	2
Krampfleiden (Epilepsie)			chronische Infektionen (z.B.Hepatitis)		
erhöhter Augeninnendruck			Immunschwäche		
Asthma bronchiale			Tumorerkrankung		
chronische Bronchitis (COPD)			Angsterkrankung		
Schilddrüsenerkrankung			Depression		

Sonstige Erkrankungen: _____

Operationen: _____

Allergien: _____

Bei welchen Ärzten waren bzw. sind Sie derzeit in Behandlung und aufgrund welcher Erkrankungen?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein und in welcher Dosierung?

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Datum

Unterschrift Patient*in/Erziehungsberechtigte*r