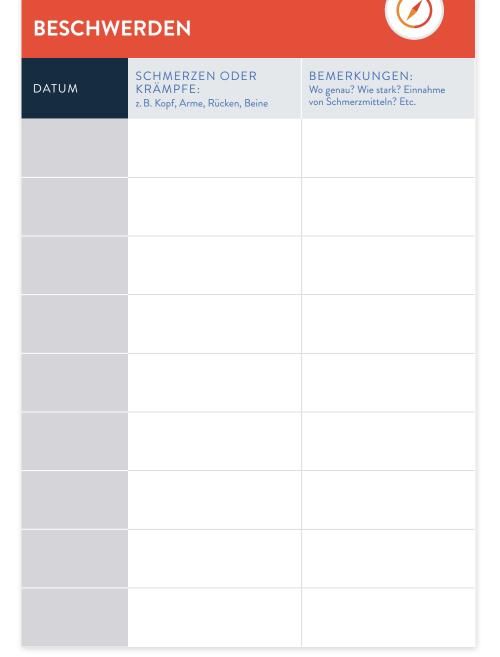
ATEM!	ATEMWEGE + ATEMUNTERSTÜTZUNG				
DATUM	ATEMPROBLEME, INFEKTE, THERAPIEFORM ETC.	BEMERKUNG			

ATEMWEGE + ATEMUNTERSTÜTZUNG				
DATUM	ATEMPROBLEME, INFEKTE, THERAPIEFORM ETC.	BEMERKUNG		





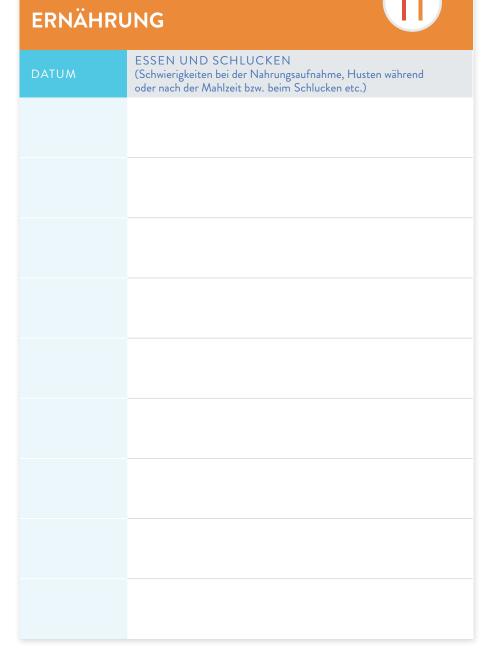
BESCHWERDEN			
DATUM	SCHMERZEN ODER KRÄMPFE: z.B. Kopf, Arme, Rücken, Beine	BEMERKUNGEN: Wo genau? Wie stark? Einnahme von Schmerzmitteln? Etc.	







ERNÄHRUNG **ESSEN UND SCHLUCKEN** (Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme, Husten während oder nach der Mahlzeit bzw. beim Schlucken etc.)







GEWICH	т	
DATUM	GEWICHT	BIOIMPEDANZMESSUNG (BIA*)

^{*} Mit der Bioimpedanzmessung (BIA) lässt sich die Körperzusammensetzung sehr exakt messen. Bei diesem Verfahren handelt es sich nicht nur um eine reine Körperfettmessung, sondern um eine differenzierte Analyse von Fett-, Muskel- und Wasserenteil. So lassen sich gezielte Ernährungsempfehlungen geben sowie Empfehlungen zu Trainings- und Gewichtsanpassungen geben. Die Untersuchung sollte von einer Ärztin oder einem Arzt durchgeführt werde bzw. durch entsprechendes Fachpersonal (z.B. Ernährungsberatung)

GEWICHT BIOIMPEDANZMESSUNG DATUM **GEWICHT** (BIA*)



HILFSMITTEL		(A)
EINGESETZTE HILFSMITTEL (z.B. Orthesen, Gehstock, Rollstuhl)	VON, BIS	BEMERKUNGEN

HILFSMITTEL		
EINGESETZTE HILFSMITTEL (z.B. Orthesen, Gehstock, Rollstuhl)	VON, BIS	BEMERKUNGEN





BESUCH IM KRANKENHAUS			
DATUM	ABTEILUNG	BESUCHSGRUND	BEMERKUNGEN

BESUCH IM KRANKENHAUS				
DATUM	ABTEILUNG	BESUCHSGRUND	BEMERKUNGEN	

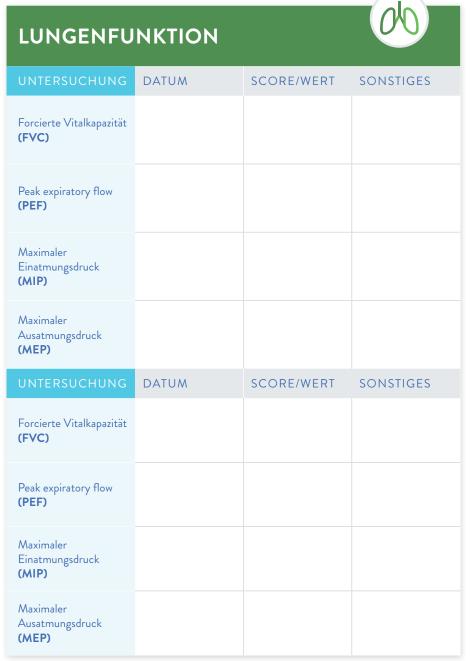




LUNGENFU	NKTION		00
UNTERSUCHUNG	DATUM	SCORE/WERT	SONSTIGES
Forcierte Vitalkapazität (FVC, Liter)			
Peak expiratory flow (PEF, Liter/Sekunde)			
Maximaler Einatmungsdruck (MIP, cmH ₂ 0)			
Maximaler Ausatmungsdruck (MEP, cmH ₂ 0)			
UNTERSUCHUNG	DATUM	SCORE/WERT	SONSTIGES
Forcierte Vitalkapazität (FVC)			
Peak expiratory flow (PEF)			
Maximaler Einatmungsdruck (MIP)			
Maximaler Ausatmungsdruck (MEP)			

Diaman IIO Eta (ankarana
Blatt voll? Einfach neue
laden und ausdrucken

Blatt voll? Einfach neues herunter-





LUNGENFUNKTION SELBSTGEMESSENER DATUM WERT WERT WERT







MEDIKAN	MENTE		8
NAME/ WIRKSTOFF	DOSIERUNG/ EINNAHME	VON, BIS	BEMERKUNGEN: ÄNDERUNGEN DOSIERUNG, NEBENWIRKUNGEN ETC.

MEDIKAN	MENIE		
NAME/ WIRKSTOFF	DOSIERUNG/ EINNAHME	VON, BIS	BEMERKUNGEN: ÄNDERUNGEN DOSIERUNG, NEBENWIRKUNGEN ETC.





MOTORIK Notiere dir deine motorischen Fähigkeiten und Fortschritte SITZEN: ROLLSTUHL: ANDERE: **GEHEN:** Beispiel: Ich bin 10 Minuten Entfernung/ Dauer/Schritte Entfernung/ Dauer gesessen

DATOM	bin 10 Minuten gesessen	Dauer/Schritte	Dauer	

Notiere dir deine motorischen Fähigkeiten und Fortschritte

GEHEN:

Entfernung/

ROLLSTUHL: ANDERE:

Entfernung/

SITZEN:

Beispiel: Ich



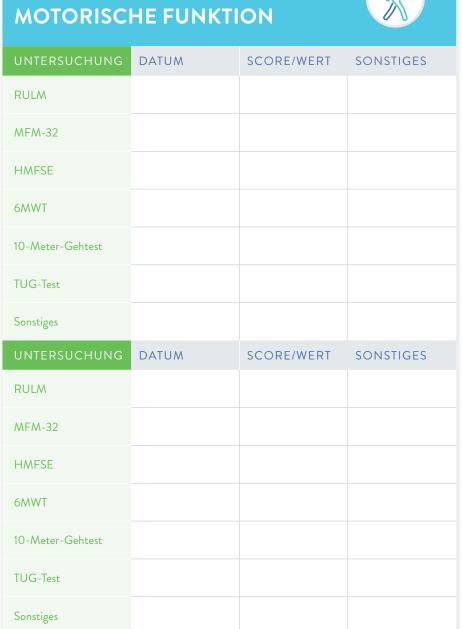


MOTORIK

MOTORISC	HE FUNKTI	ON	
UNTERSUCHUNG	DATUM	SCORE/WERT	SONSTIGES
RULM			
MFM-32			
HMFSE			
6MWT			
10-Meter-Gehtest			
TUG-Test			
Sonstiges			
UNTERSUCHUNG	DATUM	SCORE/WERT	SONSTIGES
RULM			
MFM-32			
HMFSE			
6MWT			
10-Meter-Gehtest			
TUG-Test			
Sonstiges			

0

		[
Blatt voll? Einfach neues herunter		Ř
laden und ausdrucken	-	





NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL VON, BIS BEMERKUNGEN

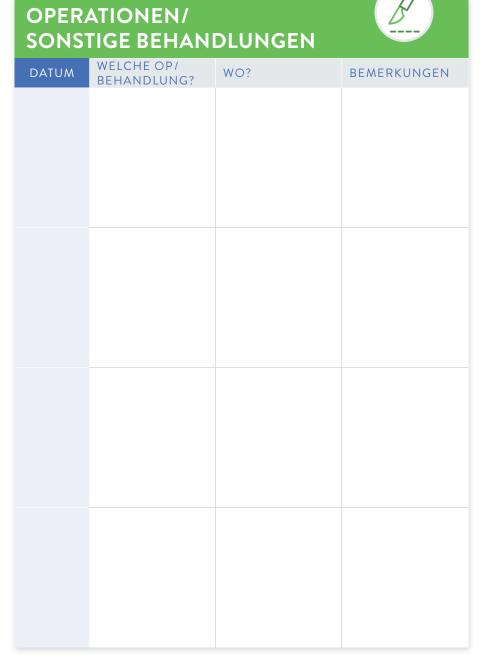
PRODUKT/ WIRKSTOFF	VON, BIS	BEMERKUNGEN

NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL





OPERATIONEN / SONSTIGE BEHANDLUNGEN				
DATUM	WELCHE OP/ BEHANDLUNG?	WO?	BEMERKUNGEN	







PERSÖNL	ICHE ASSISTENZ	
DATUM	AUFGABEN	BESONDERHEITEN

PERSÖNI	LICHE ASSISTENZ	
DATUM	AUFGABEN	BESONDERHEITEN





PHYSIOTHERAPIE Atemtherapie, Ergotherapie, Logopädie, Training zu Hause



PHYSIOTHERAPIE
Atemtherapie, Ergotherapie, Logopädie, Training zu Hause

DATUM	AKTIVITÄT	BEMERKUNGEN: z. B. Fortschritte, Veränderungen



SCHLAF	
DATUM	BEMERKUNGEN: z.B. gut oder schlecht geschlafen, Kälte oder Hitze, Krämpfe oder Schmerzen, Müdigkeit tagsüber etc.

SCHLAF	
DATUM	BEMERKUNGEN: z.B. gut oder schlecht geschlafen, Kälte oder Hitze, Krämpfe oder Schmerzen, Müdigkeit tagsüber etc.





FRAGEN FÜR DIE NÄCHSTE ÄRZTLICHE SPRECHSTUNDE



Was hat sich seit dem letzten Mal verbessert oder verschlechtert (Atmung? Bewegung? Etc.)

DATUM	

FRAGEN FÜR NÄCHSTE ÄRZTLICHE SPRECHSTUNDE



Was hat sich seit dem letzten Mal verbessert oder verschlechtert (Atmung? Bewegung? Etc.)

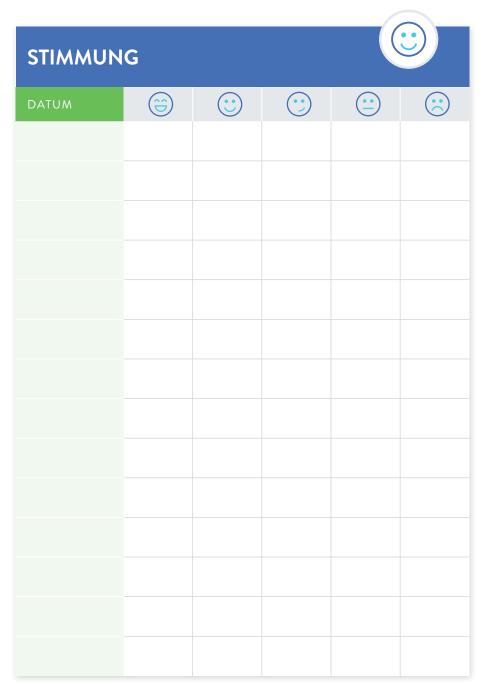
DATUM	

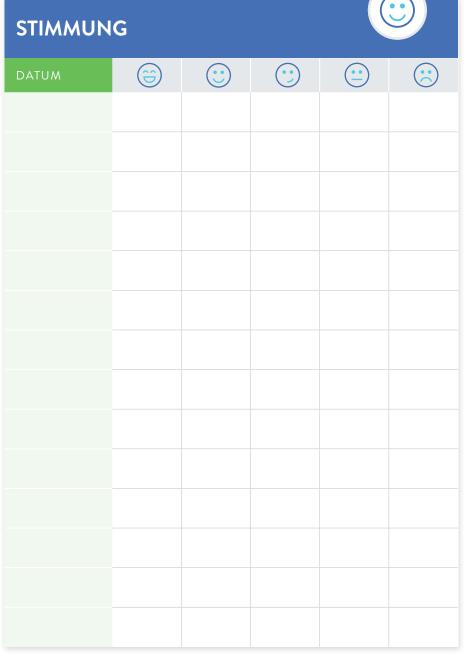


Blatt voll? Einfach neues herunter-

laden und ausdrucken











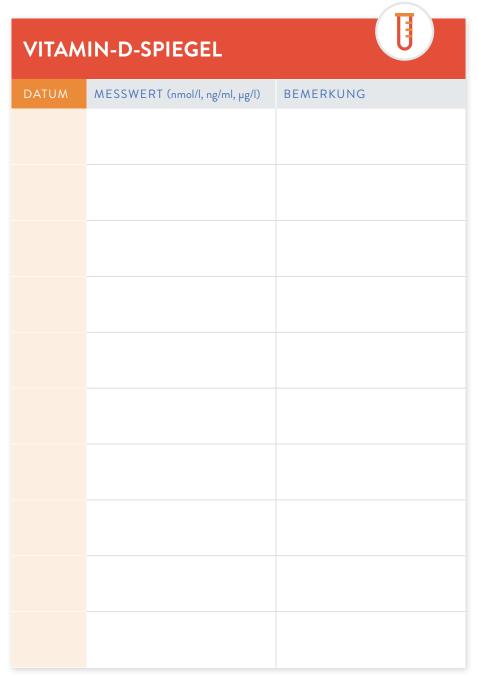
TERMINE REHABILITATION (OHNE REHA)				
DATUM	MED. LEISTUNGEN ETC.	BEMERKUNGEN		

(OHNE REHA)		
DATUM	MED. LEISTUNGEN ETC.	BEMERKUNGEN

TERMINE REHABILITATION







VITAMIN-D-SPIEGEL		
DATUM	MESSWERT (nmol/l, ng/ml, µg/l)	BEMERKUNG



