



Checkliste

CHECK	BEISPIEL	IHRE ANTWORT
Was ist ihr Anliegen?	Erkältung; medizinischer Rat	
Seit wann bestehend?	Akut seit 3 Tagen; chronisch	
Welche Beschwerden genau und wie stark?	Schnupfen; Kopfschmerzen; Brennen beim Wasserlassen	
Wodurch besser oder schlechter bzw. auslösbar?	Wärme; Kälte; Allergen; Fieber-/Schmerzmittel	
Was wurde bisher getan?	Nasenspray; Schmerzmittel; ärztliche Vorstellung	
Kommt es häufiger vor?	Häufig erkältet; schwer einstellbar	
Akutmedikation?	Schmerzmittel; Antibiotika; Magenschutzmittel	
Dauermedikation?	Blutdruckmittel; Blutverdünner	
Allergien bekannt?	Medikamenten- unverträglichkeit	
Vorerkrankungen/chronische Erkrankungen?	Bluthochdruck; Herzerkrankungen; Diabetes mellitus; Nierenschwäche; Lebererkrankung	
Familiäre Erkrankungen?	Allergien; Rheuma; genetische Erkrankungen	