

vom Arzt auszufüllen

Datum					
Gas.-Cholesterin [mg/dl]					
HDL-Cholesterin [mg/dl]					
Triglyceride [mg/dl]					
Kreatinin [mg/dl]					
Harnsäure [mg/dl]					
Blutzucker [mg/dl]					

Einnahme von Medikamenten

Präparat	morgens	mittags	abends
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blutdruck- und Blutzuckerpass

Bitte bei jedem Arztbesuch vorlegen.

Vor-/Nachname:

Geburtsdatum:

Straße:

Nr.:

PLZ:

Ort:

Praxisstempel des behandelnden Arztes.

Wir helfen hier und jetzt.



Arbeiter-Samariter-Bund

