

Dauerhafte Einschränkungen



Hier können Sie die Erkrankungen, die Sie dauerhaft haben, eintragen.
Wenn Sie Hilfe benötigen, fragen Sie Ihren Arzt.

Was?

Inkomplette Querschnittlähmung
ab Lähmungshöhe:

Ventil:

JA

NEIN

Ventilart: -----

MRT-Gängigkeit:

JA

NEIN

Blasenentleerungsstörung

katheterisierungspflichtig seit:

JA

NEIN

Darmentleerungsstörung

JA

NEIN

Gefühlseinschränkung
in verschiedenen Hautbereichen:

JA

NEIN

Dauerhafte Einschränkungen



Was?	Seit wann? (Jahr/Monat)
Allergien: ----- ----- -----	 ----- ----- -----
Epilepsie: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	-----
Diabetes: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Typ: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> andere	-----
Dialysebehandlung: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	-----
Stoffwechselerkrankung: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	-----
Blutgruppe/Rhesusfaktor: -----	