

Checkliste Hausapotheke	Wo verwahrt?	
Bestandteil Apotheke	Hausapotheke	separat (wo?)
- Fieberthermometer		
- Pulsoximeter (Messung Sauerstoffgehalt)		
- Medikamente		
-- gegen Schmerzen/Fieber		
-- bei Husten und Schnupfen		
-- bei Mund- und Rachenentzündungen		
-- gegen Durchfall		
-- gegen Verdauungsbeschwerden/Sodbrennen		
-- Antiallergika		
-- Augentropfen gegen trockene Augen/Bindehautentzündung		
-- besonders verschriebene Medikamente		
Bei Kindern zusätzlich		
- fiebersenkende Mittel als Saft oder Zäpfchen		
- altersentsprechende Elektrolytpräparate bei Durchfall und Erbrechen		
- kindgerechter Sonnen- und Insektenschutz		
Zur Wundversorgung		
- Desinfektionsmittel		
- Wund- und Heilsalbe		
- Kühlkompressen		
- Verbandsmaterial (aluminisierter Verbandmull bei Verbrennungen, elastische Binden, Heftpflaster)		
- Schere, Pinzette, Einmalhandschuhe, eventuell Blasenpflaster		
Gegen Mückenstiche und zur Vorbeugung gegen übertragbare Erkrankungen		
- Repellentien (Mittel gegen Bremsen, Stechmücken und Zecken)		
- Medikamente bei Insektenstichen		

Medikamentenplan für:

Geburtsdatum: **Größe:** **Gewicht:**

Datum:

Vers.-Nr.: _____

Tragen Sie hier alle von Ihnen genommenen Medikamente mit der verordneten Dosierung in Milligramm ein. Kreuzen Sie zusätzlich an, zu welcher Tageszeit Sie das Medikament einnehmen.

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

Name:

Dosierung: mg

Termin: ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ zur Nacht

Name:

Dosierung: mg

Termin: ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ zur Nacht

Name:

Dosierung: mg

Termin: ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ zur Nacht

Name:

Dosierung: mg

Termin: ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ zur Nacht

Name:

Dosierung: mg

Termin: ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ zur Nacht

Name:

Dosierung: mg

Termin: ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ zur Nacht

Name:

Dosierung: mg

Termin: ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ zur Nacht

Medikamente nur bei Bedarf:

Name:.....

Dosierung: mg Bedarf:

Termin: ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ zur Nacht

Name:.....

Dosierung: mg Bedarf:

Termin: ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ zur Nacht

Name:.....

Dosierung: mg Bedarf:

Termin: ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ zur Nacht

Name:.....

Dosierung: mg Bedarf:

Termin: ☐ morgens ☐ mittags ☐ abends ☐ zur Nacht

Ich habe folgende Medikamenten-Unverträglichkeiten:

Name:.....

Wirkstoff:.....

Beobachtete Auswirkung:
.....

Name:.....

Wirkstoff:.....

Beobachtete Auswirkung:
.....

Name:.....

Wirkstoff:.....

Beobachtete Auswirkung:
.....

Welcher Arzt ist zu verständigen?

Name: Gebiet: Rufnummer:

Persönliche medizinische Daten von

Name: Geb.-Datum Vers.Nr.:
Beruf: Angestellt:
Familienstand: Geb.Jahr Kinder:
Tätigkeit überwiegend sitzend? Computerplatz:
Schicht-/Nachtarbeit? Umgang mit gefährlichen Stoffen?
Sonstiges:
.....
.....

Vorerkrankungen und Diagnosen

Herz--Kreislauf-Erkrankungen (inkl. Bluthochdruck)

Art: seit:
Art: seit:
☐ Fälle in der Familie?

Lunge und Luftröhre (z.B. Asthma, Bronchitis)

Art: seit:
Art: seit:
☐ Fälle in der Familie?

Verdauungsorgane (z.B. Magen, Darm, Galle)

Art: seit:
Art: seit:
☐ Fälle in der Familie?

Bewegungsapparat (z.B. Bandscheibe, Hüfte, Gelenke)

Art: seit:
Art: seit:

Hormone (Diabetes, Schilddrüse, Gicht)

Art: seit:
Art: seit:
☐ Fälle in der Familie?

Infektionen (z.B. multiresistente Keime, HIV, Hepatitis B oder C, Corona)

Art: seit:
Art: seit:

Neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Parkinson)

Art: seit:
Art: seit:

☐ Fälle in der Familie?

Psychiatrische Erkrankungen (z.B. Medikamentenabhängigkeit, Depression)

Art: seit:

Art: seit:

☐ Fälle in der Familie?

Gynäkologische/urologische Erkrankungen (z.B. Prostata, Endometriose)

Art: seit:

Art: seit:

☐ Fälle in der Familie?

Augen- oder Hauterkrankungen (z.B. Grauer Star, Hautkrebs)

Art: seit:

Art: seit:

☐ Fälle in der Familie?

Geschwüre/Tumore (sofern nicht bereits genannt)

Art: seit:

Art: seit:

☐ Fälle in der Familie?

Weiteres

Art: seit:

Art: seit:

Bisherige Operationen

<u>Art der Operation</u>	<u>Jahr</u>	<u>Unfall?</u>	<u>(Sport/Verkehr, Arbeit)</u>
--------------------------	-------------	----------------	--------------------------------

.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Allergien und Unverträglichkeiten

Medikamente:

.....

Wirkstoffe:

.....

Pollen/Gräser:

.....

Hausstaub:

.....

Nahrungsmittel:

.....

Tiere:

.....

Weiteres:

.....

Medizinische Hilfsmittel

Art seit Jahr

- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Brille/Sehhilfe (Dioptrien, rechts/links)
- ☐ Hörgerät (rechts/links)
- ☐ Zahnschienen
- ☐ Schlafapnoe-Gerät
- ☐ Sauerstoff-Gerät
- ☐ Gehhilfe, Rollator, Rollstuhl
- ☐ Arm-/Beinprothesen
- ☐ Weitere

Suchtmittel

Alkohol Mengetägl./wöchentl./gelegentlich

Nikotin Mengetägl./wöchentl./gelegentlich

Weiteres Mengetägl./wöchentl./gelegentlich

Medizinische Ausweise

Art Aufbewahrungsort (Notlagen-Ordner)

- ☐ Impfpass.....
- ☐ Blutgruppenausweis.....
- ☐ Allergiepass.....
- ☐ Medikamentenpass.....

Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen

Art	Turnus	Wo?
Gesundenuntersuchung		
Hautkrebs		
Gynäkologische/urologische Untersuchung		
Darmspiegelung		
Magenspiegelung		
Weitere		



Beispiel für einen Vollwertvorrat für 1 Person für den Zeitraum von 14 Tagen:

Getreide	
Hirse, Weizen, Reis, Dinkel	1,5 kg
Getreideprodukte	
Haferflocken	0,5 kg
Knäckebrötchen	2,0 kg
Vollkornbrot	0,5 kg
Hülsenfrüchte	
Bohnen, Erbsen, Linsen, Sojabohnen	1,5 kg
Milchprodukte	
Trockenvollmilch	0,2 kg
Hartkäse	0,3 kg
Ev. Kondensmilch	
Nüsse und Samen	0,5 kg
Kartoffeln	1,5 kg
Trockenobst	0,5 kg
Pflanzenöl	0,5 l
Sonstiges	
Honig, Salz, Germ, Kräuter	1,0 kg



Beispiel für eine praktische Einkaufsliste für 1 Person für 14 Tage:

Mehl	1 kg	+WASSER
Reis	1 kg	+WASSER
Nudeln	2 kg	+WASSER
Hülsenfrüchte	0,5 kg	+WASSER
Knäckebrot	2 Pkg.	
Brot (Dosenbrot)	3 kg	
Kartoffelpüree	1 Pkg.	+WASSER
Packerlsuppe	10 Pkg.	+WASSER
Sugo	4 Gläser	
Dosengulasch/Dosen-Chili/Dosenravioli	14 Dosen	
Dosenaufstrich	7 Dosen	
Eingelegtes Gemüse/Salate	5 Gläser	
Knabbernossi/Jausenwurst	5 Pkg.	
Marmelade	1 Glas	
Honig	1 Glas	
Verdünnsaft	1 Flasche	
Müsli	1 kg	
Haltbarmilch	3 Liter	
Kaffee/Tee	1 kg	
Zucker	0,5 kg	
Schokolade	3 Tafeln	
Suppenwürfel	1 Pkg.	+WASSER
Knabbergeback	2 Sackerl	
Essig/Öl	1 l	
Mineralwasser	42 l	