

Name: _____

Tag	Datum	Uhrzeit	Temperatur	Puls (PRbpm)	Sättigung (%SpO2)	Blutdruck	Wie oft holen Sie Luft pro Minute?	Atembeschwerden (ja/nein)	Kreislaufbeschwerden (ja/nein)	Trinkmenge
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

→ Bitte morgens und abends ausfüllen und die Liste circa **nach 3, 6 und 10 Tagen (oder bei Verschlechterung!)** an praxis@leithabergmed.at bzw. 0660/6232400 senden oder telefonisch unter 02168/62324 durchgeben

→ In **dringenden Fällen** bitte in jedem Fall **telefonisch** Kontakt aufnehmen (mit uns bzw. im Notfall 144!)