



CHECKLISTE SCHMERZ- UND FIEBERSENKER

KREUZEN SIE ALLE IHNEN BEKANNTEN PERSÖNLICHEN INFORMATIONEN, ERKRANKUNGEN UND MEDIKAMENTE AN UND ZEIGEN SIE DIE KARTE STETS IN IHRER APOTHEKE ODER BEI BEI BEDARF AUCH BEI IHREM ARZT VOR. DAMIT HELFEN SIE BEI DER AUSWAHL DES FÜR SIE OPTIMALEN ARZNEIMITTELS.

- Alter ≤ 15 Jahre 15 – 65 Jahre ≥ 65 Jahre
Gewicht Normalgewicht Übergewicht Untergewicht
Schwanger/ Stillend ja nein

BEGLEITERKRANKUNGEN:

- Blutdruck medikamentös behandelt normal hoch niedrig
Herzkrankungen (z. B. Herzschwäche, Rhythmus-Störung, künstl. Herzklappe) ja nein
Nierenerkrankungen (z. B. Niereninsuffizienz = herabgesetzte Nierenfunktion, Ödeme) ja nein
Lungenerkrankungen (z. B. Asthma, Bronchitis) ja nein
Lebererkrankungen (z. B. Fettleber, Hepatitis, alkoholbedingt) ja nein
Magen-Darm-Erkrankungen (z. B. Magen-/ Dünndarmgeschwür, Sodbrennen, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn, Gastritis) ja nein
Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes, Fettstoffwechselerkrankung) ja nein
Blutbildungs- /Gerinnungsstörung ja nein
Onkologische Erkrankungen („Krebserkrankungen“) ja nein
Allergien ja nein

BEGLEITMEDIKAMENTE:

- Blutverdünner (z.B. ASS, Marcumar, Plavix) ja nein
Antidepressiva (z. B. Citalopram, Fluclin, Paroxetin) ja nein
Cortisonpräparate (z. B. Prednison, Prednisolon) ja nein
Entzündungshemmer (z.B. Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, ASS) ja nein
Antidiabetika (z. B. Amaryl, Diamicon) ja nein
Zytostatika (z. B. Methotrexat) ja nein
Immunsuppressiva (z. B. Tacrolimus) ja nein
Virostatika (z. B. Combivir) ja nein