# Patientinformation

**Anfaldsdagbog**
**Klinik for Ældresygdomme**

**Navn:**_____

**CPR-nr.:**_____

Startdato:_____ /_____ kl. _____

**Patientoplysning om årsag til påsætning:**

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

| Dato + kl. | Symptomer | Aktiviteter |
|---|---|---|



Sekretariat + 45 7842 6821
Sundvej 30A
DK-8700 Horsens
www med.horsens.rm.dk

**Regionshospitalet Horsens**
**Medicinsk Afdeling**
**Klinik for Ældresygdomme**

# Patientinformation

| | (f.eks. trykken i brystet, åndenød, hjertebanken, svimmelhed m.m.) | (f.eks. hvile, løb, gang, cykling m.m.) |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |