

Patientenstammdaten

Bitte leserlich schreiben. Benutzen Sie auch die Rückseite, wenn Sie mehr Platz brauchen.

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

E-mail-Adresse:

Festnetz:

Handy:

Welche Medikamente & Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein bzw. benutzen Sie?

Name

Firma

Dosis

Wie oft
am Tag?

Seit wann

Wogegen haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?

Sind Sie schwanger? Ja / Nein / Nicht zutreffend

Vorerkrankungen:

Operationen:

Unfälle:

Ort, Datum

Unterschrift Patient