



Angaben zur Personen

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail : _____

Medikamente:

Blutverdünner: Nein

Ja, welche? _____

Raucher: Ja Nein

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Operationen: Nein

Ja, Wann/ Welche: _____

Allergien: Nein

ja, welche: _____

Vorerkrankungen: _____

Sind Sie an **Hepatitis** oder **HIV** erkrankt? Ja nein

Liegt ein privater Unfall vor? ja nein

Hausarzt

Name/ Anschrift (wenn bekannt): _____

Beruf: _____



Ort, Datum

Unterschrift Patient