

<b>Name:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
--------------	--	----------------------	--

<b>Bisherige Krankheiten:</b>		<b>Bestehend seit ca:</b>
Herz und Kreislauf:		
Schlaganfälle:		
Bluthochdruck:		
Lungenkrankheiten:		
Krebskrankheiten:		
Stoffwechselkrankheiten:		
Zuckerkrankheit:		
Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion		
Andere Krankheiten:		
Wichtige Operationen:		

<b>Medikamente:</b>	<b>Name des Medikamentes</b>	<b>Dosierung</b>

<b>Krankheiten in Familie (Blutsverwandte):</b>	<b>Bitte ausfüllen</b>	<b>Bei folgenden Verwandten:</b>
Krebskrankheiten		
Herz Kreislauf Schlaganfälle		
Stoffwechselleiden		

Bitte ausfüllen und der Ärztin oder dem Arzt **persönlich** abgeben.

Visum Arzt: