

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon/Mobil

Krankenversicherung

Akute Beschwerden

Chronische Erkrankungen

Medikamente

Allergien/Unverträglichkeit

Größe (cm) & Gewicht (kg)

Operationen

Herzschrittmacher

Gelenkprothesen

Raucher/in

Tragen Sie hier bitte Name und Adresse Ihrer bisherigen Praxis ein:

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur datenschutzkonformen Übermittlung relevanter Daten an Mitbehandelnde unter Einhaltung der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Zustimmung zur Datenschutzerklärung