

Patientenfragebogen

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Vorerkrankungen und Allergien:

Voroperationen (inkl. Datum):

Medikamente: *Bitte vollständig notieren oder einen Medikamentenplan vorlegen*

Bitte bringen Sie aktuelle Befunde und Ihren Medikamentenplan zur Untersuchung mit.

Datum

Unterschrift