Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ _____

Diagnosen:_____

_____

_____

_____

_____

Derzeit benötigte Medikamente:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ist die Patientin / der Patient frei von meldepflichtigen Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz § 6 Abs.1 Nr. 1 - 5?

_____

_____

_____

Allergien?

_____

_____

_____

_____

_____

Allergiepass: ja ( ) nein (...)

Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 44394 | 19.02.2021 | S. 1 / 2 - Gedruckte Dokumente unterliegen keinem Änderungsdienst!

Besteht eine Suchtkrankheit, wenn ja welche?

_____

_____

_____

Wie ist die psychische Verfassung der Patientin / des Patienten?

_____

_____

_____

Besteht eine körperliche Behinderung, wenn ja welche?

_____

_____

_____

Ist Diät oder Schonkost erforderlich, wenn ja welche?

_____

_____

_____

Hinweise, Bemerkungen:

_____

_____

_____

_____

Ort: _____ Datum: _____

_____
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 44394 | 19.02.2021 | S. 2 / 2 - Gedruckte Dokumente unterliegen keinem Änderungsdienst!