

Lieber Patient, um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie um die unten stehenden Angaben:

Vorname:

---

Name:

---

Geburtsdatum:

---

Telefon:

---

Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen bekannt?

---

---

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?

---

---

---

Wurden Sie schon einmal operiert? Wann? Woran?

---

---

---

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Allgemein? Gegen Medikamente?

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr aktuelles Anliegen besprechen Herr Dr. Apel oder Frau Dr. Brinkmann gleich mit Ihnen persönlich.