

Анамнезобоген unserer Praxis

RUSSIAN

1

пациент

фамилия

Имя

день рождения

Юридический Представитель / руководитель

фамилия

Имя

день рождения

адрес

улица

Проживание

Почтовый Код

Номер телефона

Mobil

Adresse E-Mail

Пожалуйста, отметьте соответствующий квадратик

Аллергические реакции на ?

Астма

Сердечно-сосудистые заболевания

Заболевания почек

Нарушения свертывания крови

У вас есть инфекционные заболевания

Эпилепсия

Диабет

Есть ли у вас какие-либо другие заболевания?

Вы имеете право на заботу?

Если да, то на каком уровне?

Пожалуйста, отметьте соответствующий квадратик

Семейный врач

Вы принимаете какие-либо лекарства регулярно (какие?)

Вы курите?

Если да, то сколько?

Беременны вы?