

Name, Vorname:	
Festnetznummer:	
Handynummer:	
E-Mail:	
Größe:	
Gewicht:	
Seit wann haben Sie die Beschwerden?	
Allergien gegen Medikamente?	
Beruf:	
Hausarzt (Name + Ort):	
Pflegegrad:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, Grad _____
Grad der Behinderung:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, GdB _____
Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Insulinpflichtiger Diabetes <input type="radio"/> Grüner Star <input type="radio"/> Hepatitis A / Hepatitis B <input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> _____
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, _____