

Пациент

Фамилия..... Имя..... дата рождения.....

Улица..... ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС..... Город

Телефон..... Компания/Фирма

Название медицинской страховки.....
рекомендован (а) кем?

Право на получение помощи (Beihilfeberechtigung).....

Профессия.....

Если нет личной страховки, то через кого Вы застрахованы?

Фамилия Имя..... дата рождения.....

Улица..... ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС..... Город.....

Работодатель.....

Болезни

Инфекционные заболевания (диабет и др.)

.....

К каким лекарственным средствам имеете чувствительность или
противопоказания?.....

Беременность..... если да, то на каком месяце?.....

Какие прочие болезни имеете?

.....

Принимаете ли Вы регулярно какие-нибудь медикаменты, если да, то какие?.....

.....

Примечания

Вся информация является предметом врачебной тайны и конфиденциальности. Я согласен с тем, что данные о моем лечении хранятся на компьютере.

При введении инъекций способность управлять автомобилем может быть нарушена на срок до 6 часов.

Я проинформирован о том, что все расходы на лечение оплачиваются в частном порядке, за исключением случаев, когда предоставляется карта застрахованного лица.

Подпись.....