Zusammenfassung der Krankengeschichte

Name der Person _____

Geburtsdatum _____

Blutgruppe _____

Allergien _____

Diagnosen und chronische Erkrankungen

OPERATIONEN UND KRANKENHAUSAUFENTHALTE

Jahr	Was	Krankenhaus und Station

FACHÄRZTE UND KLINIKEN

Name	Fachgebiet	Telefon

Impfungen (mit Datum)

Zuletzt aktualisiert