Sammanfattning av sjukdomshistorik

Personens namn _____

Födelsedatum _____

Blodgrupp _____

Allergier _____

Diagnoser och långvariga sjukdomar eller tillstånd

OPERATIONER OCH SJUKHUSVISTELSER

År	Vad	Sjukhus och avdelning

SPECIALISTER OCH MOTTAGNINGAR

Namn	Specialitet	Telefon

Vaccinationer (med datum)

Senast uppdaterad