

Rezeptbegleitkarte



Anrede _____

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ & Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____

Bemerkung _____

Datum _____

Unterschrift _____

Freiwillige Gesundheitsangaben

Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie uns folgenden Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand zu geben.
Die Angaben sind freiwillig und unterliegen strengem Datenschutz.



männlich weiblich

Geburtsdatum _____

Körpergröße _____ cm

Gewicht _____ kg

Haben Sie Allergien? _____

Bestehen Vorerkrankungen?

Asthma bronchiale Diabetes mellitus

Leberinsuffizienz Niereninsuffizienz

Epilepsie Rheuma

Herz-Kreislaufkrankungen

Andere _____

Sind Sie schwanger?

Nein Ja

Schwangerschaftsmonat? _____

Nehmen Sie Medikamente?

Nein Ja Wenn ja, welche?

Datum _____

Unterschrift _____