

Vorgeschichte

Aktuelle Medikamenteneinnahme nein; ja:

Bekannte Medikamentenun-
verträglichkeiten nein; ja:

Allergien nein; ja:

Akute/chronische Grunderkran-
kungen nein; ja:

Schwangerschaft nein; ja
 geplant(nächste 3 Monate)

Impfungen

Impfung	Datum	Datum	Datum
Tetanus			
Diphtherie			
Poliomyelitis			
Gelbfieber			
Hepatitis A			
Hepatitis B			
Typhus			
Sonstige			

Ort, Datum, Unterschrift