Medikamentenliste

Internisten im Traisenpark

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte füllen Sie diese Medikamentenliste vor der Untersuchung aus. Dies hilft uns ihre bereits laufende Medikation bzw. Therapie genauer und schneller zu erheben.

Medikament *(z.B.: Thrombo ASS)*	**Dosis** *(100mg)*	**früh** *(0)*	**mittags** *(1)*	**abends** *(0)*	**nachts** *(0)*

Datum: _____ /_____ / _____ Unterschrift: _____

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.internisten.at