

Selbstauskunftsbogen

Bitte füllen Sie die für Sie zutreffenden Angaben aus.

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

15. Behandlungen mit Medikamenten

• Sind Sie mit Medikamenten oder Heilmitteln behandelt worden?

Ja Nein

• wenn Ja, mit welchen?

• wann?

• Nehmen Sie jetzt noch Medikamente?

Ja Nein

• wenn Ja, welche?