

Dr. med. Robert Zell & Fr. Dr. Kerstin Dziuk

Institutstr. 19, 81241 München

Tel. 089/834 62 66, Fax. 089/ 834 15 94

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: c/o: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Telefon (privat/beruflich): _____ Mobil: _____

E-MailAdresse: _____

Krankenkasse: _____

Ggf. abweichender Name des Versicherungsunternehmens: _____

Beihilfe bei PKS: Ja Nein

Haben Sie eine chronische Erkrankung? _____

Haben Sie eine ansteckende Erkrankung? _____

Welche Medikamente nehmen Sie? _____

Welche OP's oder größere Krankenhausaufenthalte hatten Sie?:

Allergien? _____ Unverträglichkeiten? _____

Rauchen Sie? _____ Wie viel pro Tag? _____ ggf. früher _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Sonstiges: _____
