



Juri Rabinovich

Facharzt für Urologie | Medikamentöse Tumorthherapie

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse:

Tel.Nummer:

Hausarzt:

Allergien:

Infektionserkrankungen (Tbc, HIV, Hepatitis etc.):

Sind Sie Raucher/in? Wenn ja, Anzahl der Zigaretten am Tag:

.....

Sind Sie bereits operiert worden? Wenn ja, bitte die Art des Eingriffes und Jahr eingeben:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, bitte eingeben, oder Medikamentenplan bei uns abgeben:

Datum:..... Unterschrift: