

Tetanus-Schutzimpfungen (Tetanus vaccination)

 Datum (Date) Präparat (Vaccine) + Ch.-B.

 Datum (Date) Präparat (Vaccine) + Ch.-B.

Medikamentöse Langzeitbehandlung (Takes medication: List)

 Präparat (Medicine) Dosis (Dose) Seit (Since) / Datum (Date)

 Präparat (Medicine) Dosis (Dose) Seit (Since) / Datum (Date)

 Präparat (Medicine) Dosis (Dose) Seit (Since) / Datum (Date)

Besondere Anfälligkeiten/chronische Erkrankungen (Receive regular care of the followin medical conditions)

- Dialysebehandlung (Dialysis) Ja(Yes) Nein(No)
- Bluter/Hämophilie (Bleeder/Haemophilia) Ja(Yes) Nein(No)
- Augenkrankheit (Vision problem) Ja(Yes) Nein(No)
- Hörprobleme (Hearing problems) Ja(Yes) Nein(No)
- Asthma (Asthma) Ja(Yes) Nein(No)
- Diabetes (Diabetes) Ja(Yes) Nein(No)
- Krämpfe / Nervenleiden (Seizures) Ja(Yes) Nein(No)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Heart disease) Ja(Yes) Nein(No)

Andere (Ohter, List) _____

- Allergien (Allergies)** Ja(Yes) Nein(No)
- Bienenstich (Bee Sting) Ja(Yes) Nein(No)
- Nahrungsmittel (Food) Ja(Yes) Nein(No)
- Arzneimittel (Medication) Ja(Yes) Nein(No)

Andere (Ohter, List) _____

Operationen, andere Risikofaktoren (Operations, other Risc factors)
