

**Wichtige Kontaktpersonen:**

**Die wichtigsten Erkrankungen**      **Jahr:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Allergien:**

.....

.....

**Blutgruppe lt. BG-Ausweis (Datum/Nr.)**

.....

**Meine Medikamente:**

NAME	Früh	Mittag	Abend

**Patientenausweis**

für

**Herrn/Frau**

.....

Geboren am:.....

Mein betreuender Hausarzt ist:

.....

Meine betreuenden Internisten sind

**Dr. Georg Haslauer & Dr. Richard Klingner**



Laxenburgstr 15 Top 2 & 3, 1100 Wien  
Tel.: 43 1 604 7000 Fax DW 20

