



www.medizin-hilft.org
info@medizin-hilft.org

Untersuchungsbogen

Grüner Krankenschein ja nein
Impfbuch ja nein

m w

Nachname, Vorname (in Druckschrift)

Geburtsdatum

Registrier-Nr.: ----- Zimmer-Nr.: ----- Telefon-Nr.: -----

Staatsangehörigkeit: Syrien Afghanistan Irak Pakistan Sonstige: -----

Datum der Vorstellung

Behandler/In (in Druckschrift)

Temperatur: _____ °C Puls: _____ RR: _____/_____ Gewicht: _____ Kg BZ: _____

Anamnese:

Befund:

Diagnose:

Therapie / Empfehlung / Medikamente: