

# RÖ

Patientendaten

## Anamnese

**Gewicht:** ..... **Größe:** .....

aktuelle Tel.Nr: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Frauen im gebärfähigen Alter:**

Könnten Sie schwanger sein?  ja

nein

Ich erkläre mich hiermit mit der  
Untersuchung einverstanden.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Dieser Bereich wird vom Personal ausgefüllt:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_, Kürzel Konsole: