

APO DOC HARDBRÜCKE

Patient Nr.

Bitte in Blockschrift ausfüllen
Si prega di scrivere in stampatello

Veillez remplir en caractères d'imprimerie
Please use capital letters

Name **Frau** **Herr**

Nom
Cognome
Family name

Vorname

Prénom
Nome
First name

Geburtsdatum

Date de naissance
Data di nascita
Date of birth

Adresse

Adresse
Indirizzo
Address

PLZ

Wohnort

Localité
Località
Place of residence

Tel. privat

Tel. privé
Tel. casa
Phone No. Home

Gewünschte Impfung

Vaccination désirée
Vaccinazione richiesta
Desired Immunisation

Grippeimpfung

Allergien (z.B. Hühnereiweiss, Gentamycin etc.) Allergies Allergie Allergies	<input type="checkbox"/> ja, welche: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein
Frühere Impfreaktionen Réactions préalables à une vaccination Effeti secondari di immunizzazioni subiti Side effects of previous immunisations	<input type="checkbox"/> ja, welche: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein
Erhalten sie Mittel zur Blutverdünnung (Antikoagulation) oder andere wichtige Medikamente? Etes-vous traités avec des anticoagulants ou d'autres médicaments importants? Sta attualmente sotto trattamento con coagulanti o con altri farmaci importanti? Are you being treated with anticoagulants or with other important drugs?	<input type="checkbox"/> ja, welche: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein
Fühlen sie sich zur Zeit gesund? Est-ce que vous vous sentez en pleine santé actuellement? Sta in buona salute attualmente? Do you consider yourself to stay in good health presently?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zürich, den

Unterschrift
Signature