

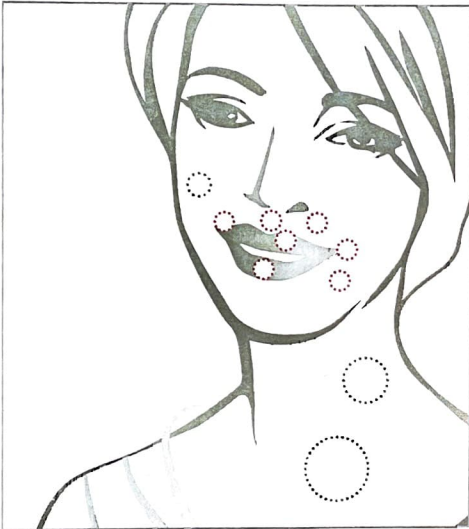
PATIENTENBEHANDLUNGSBOGEN

Name:

Geburtsdatum:

Behandlungsdatum:

Injektionspunkte/Einheiten:



.....
.....
.....

Hiermit bestätige ich, dass ich heute von Frau/Herrn behandelt werden möchte.

.....
Ort/Datum/Unterschrift

.....
Name in Druckschrift

Art.-Nr. 60265 06/2016