

Umfangsdokumentation

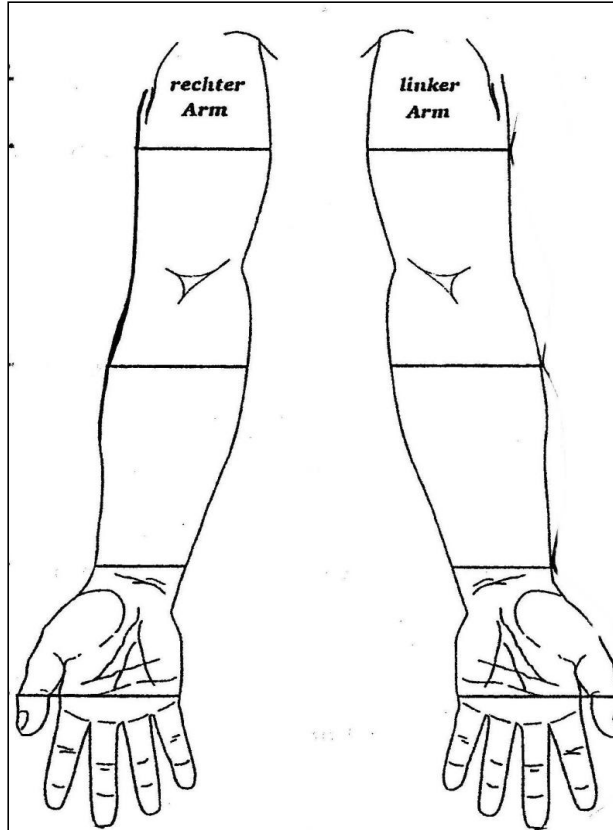
Name: _____

Verordnender Arzt: _____

Geb.-Datum: _____

Telefon/Fax: _____

Datum:



Datum

Diagnose: _____

Praxisstempel: _____