

Bernese Drug Allergy Network

Anmeldung Patienten zur Medikamententestung

Name/Vorname Patient:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon:

Reaktionsform:

.....

Zu testende Medikamente: bitte Medikamentenblock und Datum (gem. Datenliste) angeben

Röntgenkontrastmittel: montags

Datum:

Muskelrelaxantien: mittwochs

Datum:

Antikoagulantien: mittwochs

Datum:

Cephalosporine: montags und dienstags

Datum:

Pyrazolone: jeden Montag und Dienstag

Datum:

Sulfonamide: jeden Montag und Dienstag

Datum:

Zusätzlich andere
Medikamente :

.....

.....

.....

Einweisender Arzt/Stempel/Datum: