



Registration for phlebological consultation

Phlebologists

PD Dr. Dr. med. Christian Schmidt

PD Dr. med. Sabine Schmidt-Weitmann

Patient details

Surname, first name

Date of birth

Street

Postcode/City:

Phone:

E-Mail:

Date

Emergency (please register by phone)

regular

Appointment already made on:

Communication

Question:

Current medication :

Date

Signature

Bitte legen Sie alle **relevanten Vorbefunde** der Anmeldung bei. Dies ermöglicht, die Interpretation und damit Qualität der Untersuchung zu verbessern und Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Herzlichen Dank!