Antibiotika-Ausweis

Name: _____ geb. am _____

Allergien: _____

Allergien gegenüber Antibiotika: _____

Infektion	Erreger	Resistenz gegen	Antibiotikum Präparat/Tagesdosis	Zeitraum der Einnahme

ASKLEPIOS
Gemeinsam für Gesundheit

MEDILYS

www.asklepios.com/medilys
www.asklepios.com

www.facebook.com/asklepioskliniken
www.youtube.com/asklepioskliniken

KB Unternehmenskommunikation & Marketing