

Einrichtung :.....

Datum :.../.../.....

PERSONALIEN

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:.....

.....

.....

.....

Weiblich ☐

Männlich ☐

Telefon:

Mobile:

E-mail:

behandelt durch:

Tätigkeit:

FALLPATIENT

:.....

ERWARTUNGEN

:.....

ALLTAGSLEBEN

Alkohol:

Diät

Ja

☐

Nein

☐

Zigaretten:

Tägliches Rauchen

:

Details

Ja

Getränke: Wasser

tägliches Wasserverbrauch
(Liter)

Herz

Ja

☐

Nein

☐

Körperliche Aktivitäten

:

Diabetes

Ja

☐

Nein

☐

Psychischer Stress

:

Blutdruck

Ja

☐

Nein

☐

Allergie

:

Asthma

Ja

☐

Nein

☐
HINTERGRUND

:.....

LAUFENDE BEHANDLUNG

:.....

BEREICH UND NUMMER

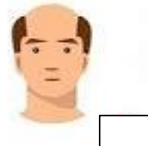
:.....

BEHANDLUNGSPROTOKOLL

:.....

ERGEBNISSE

:.....



Datum der Anwendung

Spezifisches Programm

Datum der
Anwendung

Spezifisches
Programm

Datum der
Anwendung

Spezifisches
Programm

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG Das Behandlungsprotokoll entspricht meinen Erwartungen. Ich wurde über die Nebenwirkungen informiert. Ich stimme der Behandlung freiwillig zu.

Unterschrift

Vor- und Nachname



DOKUMENTE ZUM QUALITÄTSSYSTEM

FORMULAR FÜR DIE INFORMATION DER PATIENTEN ÜBER
HAARTRANSPLANTATIONDokument- Nr :HB-FR-93
Datum der Ver.:28.04.2023
Rev. Nr. :00
Datum der Rev.:
Seiten-Nr.:2/2

ORDER					ANWENDUNG			
Name des Medikaments	Dosis	Zeitpunkt der Injektion	Form der Injektion	Vor- und Nachname des Arztes	Anwendungszeit	Dosis	Form der Injektion	Vor- und Nachname des Krankenpflegers

ÜBERWACHUNG DER VITALWERTE

FEUER (C°)	PULSE (Min.)	KB (mm / Hg)	SS (Min.)	SPO2 (%)	O2 (lt / Min.)

SONUÇLAR

:.....
.....
.....
.....