|  |
| --- |
| **BEHANDLUNGSDOKUMENTATION Datum:** {datum} |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Behandelnder Arzt:** | {doctor} |  |  |
| **Name, Vorname:** | {name} {vorname} | **Geboren am:** | {geburtsdatum} |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorerkrankungen:** | {vorerkrankungen} |
| **Vormedikation:** | {vormedikation} |
| **Allergie:** | {allergie} |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnose / Behandlungswunsch:** | {behandlungswunsch} |

|  |  |
| --- | --- |
| **Durchgeführte Behandlung:** | {behandlung} |
| **Verwendetes material** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Traten Komplikationen auf?** | **J/N:** | **Notiz:** |
|  | **{komplikationen}** | **{kpnote}** |
| **Kontrolle Geplant?** | **J/N:** | **Wann:** |
|  | **{gpkontrolle}** | **{gpkdatum}** |
| **Folgetherapie geplant?** | **J/N:** | **Wann:** |
|  | **{gpfolgetherapie}** | **{gpfdatum}** |

|  |
| --- |
| **Behandelnder Unterschrift** |
|  |