|  |
| --- |
| **BEHANDLUNGSDOKUMENTATION** |

|  |
| --- |
| **Datum der Behandlung:**  {datum} |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname:** | {name} {vorname} | **Geburtsdatum:** | {geburtsdatum} |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Beschwerden** | {beschwerden} |
| **Behandlungswunsch** | {behandlungswunsch} |

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

|  |
| --- |
| {komplikationen} |

**Traten Komplikationen auf?** **Nein Ja**

|  |
| --- |
| {gpkontrolle} |

**Kontrolle geplant? Nein Ja**

|  |
| --- |
| {gpfolgetherapie} |

**Folgetherapie geplant? Nein Ja**

|  |
| --- |
| **Behandler Unterschrift** |
|  |