

Wählen Sie bitte aus, was auf diesen Patienten zutrifft



Zentrumscode

--	--	--	--

Stationscode

--	--	--	--

Patientennummer	<input type="text"/>	Patienten-Initialen	<input type="text"/>	Geburtsjahr	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="radio"/> Weiblich	<input type="radio"/> Männlich	Datum der Krankenhausaufnahme	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen		
Größe	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen	Einwilligung vorhanden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Patientennummer	<input type="text"/>	Patienten-Initialen	<input type="text"/>	Geburtsjahr	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="radio"/> Weiblich	<input type="radio"/> Männlich	Datum der Krankenhausaufnahme	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen		
Größe	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen	Einwilligung vorhanden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Patientennummer	<input type="text"/>	Patienten-Initialen	<input type="text"/>	Geburtsjahr	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="radio"/> Weiblich	<input type="radio"/> Männlich	Datum der Krankenhausaufnahme	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen		
Größe	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen	Einwilligung vorhanden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Patientennummer	<input type="text"/>	Patienten-Initialen	<input type="text"/>	Geburtsjahr	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="radio"/> Weiblich	<input type="radio"/> Männlich	Datum der Krankenhausaufnahme	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen		
Größe	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen	Einwilligung vorhanden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Patientennummer	<input type="text"/>	Patienten-Initialen	<input type="text"/>	Geburtsjahr	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="radio"/> Weiblich	<input type="radio"/> Männlich	Datum der Krankenhausaufnahme	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen		
Größe	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen	Einwilligung vorhanden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Patientennummer	<input type="text"/>	Patienten-Initialen	<input type="text"/>	Geburtsjahr	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="radio"/> Weiblich	<input type="radio"/> Männlich	Datum der Krankenhausaufnahme	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen		
Größe	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen	Einwilligung vorhanden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Patientennummer	<input type="text"/>	Patienten-Initialen	<input type="text"/>	Geburtsjahr	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="radio"/> Weiblich	<input type="radio"/> Männlich	Datum der Krankenhausaufnahme	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen		
Größe	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen	Einwilligung vorhanden	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> Nein

Patientennummer	<input type="text"/>	Patienten-Initialen	<input type="text"/>	Geburtsjahr	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="radio"/> Weiblich	<input type="radio"/> Männlich	Datum der Krankenhausaufnahme	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen		
Größe	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen	Einwilligung vorhanden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Patientennummer	<input type="text"/>	Patienten-Initialen	<input type="text"/>	Geburtsjahr	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="radio"/> Weiblich	<input type="radio"/> Männlich	Datum der Krankenhausaufnahme	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen		
Größe	<input type="text"/> cm	<input type="radio"/> geschätzt	<input type="radio"/> gemessen	Einwilligung vorhanden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein