

PATIENTENDOKUMENTATION FÜR BIOHYALUX UND MESOTRAX

Vor- und Zuname


Geburtsdatum

Adresse

Email

Telefonnummer

- Ja Nein Einverständniserklärung vom Patienten unterschrieben
- Ja Nein Anamnese-Fragebogen ausgefüllt und unterschrieben
- Ja Nein Patientenaufklärungsbogen inkl. Hinweisen für die Zeit nach der Behandlung überreicht und unterschrieben
- Ja Nein Patientenpass überreicht

Die ____ . Behandlung				
Behandlungsdatum (TT-MM-JJ)		Anästhesie		
	Bereich / Areal	Produkt	ml/ Stück	Spritzen- Chargennummer
				Abziehetikett hier bitte aufkleben
				Abziehetikett hier bitte aufkleben
				Abziehetikett hier bitte aufkleben
				Abziehetikett hier bitte aufkleben
				Abziehetikett hier bitte aufkleben
Fotodokumentation		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	

Bemerkungen, 1. Besuch