

A R Z T S T E M P E L	Patientinnenname
AUFNAHMEBLATT GYN Punktpatientin	D a t u m

<p>LNR: Grav:.... (Ab: ...IR: ...) Para:...</p> <p><input type="checkbox"/> Sektio <input type="checkbox"/> Vacuum</p> <p>OP:.....</p> <p>.....</p> <p>Allg.Erkrankungen:.....</p> <p>.....</p> <p>Sonstiges:.....</p> <p>MED:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Diagnose:.....</p> <p>Therapie/OP:.....</p> <p>Präanästhesie am:.....</p> <p>Aufnahme am:.....</p> <p>OP am:.....OP-Dauer:.....</p> <p>Zuweisername in Blockschrift:.....</p> <p>Unterschrift:.....</p>	<p>Fam.anamnese: <input type="checkbox"/> nein</p> <p>.....</p> <p>Allergien: <input type="checkbox"/> keine</p> <p>.....</p> <p>Nikotin: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja.....</p> <p>Größe:.....Gewicht:.....</p>
--	---

A R Z T S T E M P E L	Patientinnenname
AUFNAHMEBLATT GYN Punktpatientin	D a t u m

Empty space for medical notes.