

Konsil



Klinikum Musterhausen

Akademisches Krankenhaus
der Universität Musterhausen

Musterweg 40
12345 Musterhausen

Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin
Leitung: Prof. Dr. med. Mustermann
Leiter ZNA: Dr. med. Mustermann

Telefon ZNA: 0765-123456789
0765-123456788

Vorname:

Name:

Gender:

Geburtsdatum:

Patienten-ID: 2010-

Konsil 1 Fachrichtung: Name:

Uhr
Angefordert

Uhr
Eingetroffen

Anordnungen: **durchgeführt:** **von:**

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr |
| 2. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr |
| 3. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr |

Konsil 2 Fachrichtung: Name:

Uhr
Angefordert

Uhr
Eingetroffen

Anordnungen: **durchgeführt:** **von:**

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr |
| 2. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr |
| 3. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr |