



Betroffenen- / Patientendokumentation

Bei MANV: Aufkleber der PAT Nummer: <input type="text"/> I III BetrF <input type="checkbox"/> II IV ex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vorname:		Diagnose	Schock	Bewußtlos	Beatmet	Eingang
	Name:			Spezialbett?	Transport- <input type="text"/>		Meldung ELW
	Geb.-Datum:	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> Kind		Verbleib - Transportziel			P-Abgang
	Straße:	HNr:		T-Mittel:			
PLZ:		Ort:					
Bei MANV: Aufkleber der PAT Nummer: <input type="text"/> I III BetrF <input type="checkbox"/> II IV ex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vorname:		Diagnose	Schock	Bewußtlos	Beatmet	Eingang
	Name:			Spezialbett?	Transport- <input type="text"/>		Meldung ELW
	Geb.-Datum:	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> Kind		Verbleib - Transportziel			P-Abgang
	Straße:	HNr:		T-Mittel:			
PLZ:		Ort:					
Bei MANV: Aufkleber der PAT Nummer: <input type="text"/> I III BetrF <input type="checkbox"/> II IV ex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vorname:		Diagnose	Schock	Bewußtlos	Beatmet	Eingang
	Name:			Spezialbett?	Transport- <input type="text"/>		Meldung ELW
	Geb.-Datum:	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> Kind		Verbleib - Transportziel			P-Abgang
	Straße:	HNr:		T-Mittel:			
PLZ:		Ort:					
Bei MANV: Aufkleber der PAT Nummer: <input type="text"/> I III BetrF <input type="checkbox"/> II IV ex <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vorname:		Diagnose	Schock	Bewußtlos	Beatmet	Eingang
	Name:			Spezialbett?	Transport- <input type="text"/>		Meldung ELW
	Geb.-Datum:	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> Kind		Verbleib - Transportziel			P-Abgang
	Straße:	HNr:		T-Mittel:			
PLZ:		Ort:					