

Patiententagebuch beim Tragen von med. Geräten

| | | |
|---------|-----------|----------------------------------|
| Patient | Name | Vorname |
| | Geb.Datum | Patienten-ID gem. Praxissoftware |

| | | | |
|---|---------------|-----------|-------------|
| Tätigkeiten / Beschwerden. Falls der Platz nicht ausreicht, bitte Rückseite verwenden. Danke! | Tag / Uhrzeit | Tätigkeit | Beschwerden |
| | Tag / Uhrzeit | Tätigkeit | Beschwerden |
| | Tag / Uhrzeit | Tätigkeit | Beschwerden |
| | Tag / Uhrzeit | Tätigkeit | Beschwerden |
| | Tag / Uhrzeit | Tätigkeit | Beschwerden |
| | Tag / Uhrzeit | Tätigkeit | Beschwerden |
| | Tag / Uhrzeit | Tätigkeit | Beschwerden |
| | Tag / Uhrzeit | Tätigkeit | Beschwerden |
| | Tag / Uhrzeit | Tätigkeit | Beschwerden |
| | Tag / Uhrzeit | Tätigkeit | Beschwerden |
| | Tag / Uhrzeit | Tätigkeit | Beschwerden |
| | Tag / Uhrzeit | Tätigkeit | Beschwerden |
| | Tag / Uhrzeit | Tätigkeit | Beschwerden |

| | | |
|-------------------------|--|----------------------------|
| Vereinbarung / Hinweise | <p>Als Patient beachten Sie bitte die gesonderten Patienteninformationen zum Gerät, welche wir Ihnen gerne auf Nachfrage aushändigen. Vermeiden Sie bitte in Bezug auf das Gerät den Kontakt mit Wasser sowie Stöße, Schläge und Stürze des Gerätes. Knicken, ziehen und verdrehen Sie bitte keine Kabel und / oder Schläuche. Tragen Sie das Gerät bitte, sofern nicht anders vereinbart, bis zur Rückkehr in die Praxis / Ambulanz, sodass dieses von geschultem Personal abgenommen wird.</p> | |
| | Stempel der Praxis / des Krankenhauses | Unterschrift des Patienten |