

**BASISDATEN**

Zentrums ID  Pat.-ID  Geburtsdatum  Initialen  Geriatrie-ID

**ZUWEISUNG**

**Aufnahmeindikatoren** (lt. ÖBIG-Definition) erfüllt  j  n

**Aufnahme**

- Primäraufnahme
- Sekundäraufnahme
- Rückübernahme
- Tagesklinik

**Aufnahmedatum i. d. Einrichtung**

**Datum d. ausl. Akutereignisses**

**strukt. geriatrische Anamnese**  j  n

**geriatrische Hauptdiagnose**

**ausl. Aufnahmediagnose**

**zuf. Einrichtungen**

- hausint. Abteilung
- anderes KH
- geriatr. Tageskl.
- Hausarzt
- Rettung/Notarzt
- Notaufnahme
- Pflegeheim
- Rehaklinik
- sonstige

**Vorinformation**

- schriftlich  Konsilium
- telefonisch  keine

**soziales Umfeld**

- allein lebend
- hilfsbedürftiger Partner
- rüstiger Partner
- Familienverband / Familienanschluss
- obdachlos
- unbekannt

**postoperative Situation**  j  n

**Aufnahmegewicht (kg)**  **Entlassungsgewicht (kg)**

**Größe (cm)**  **(Aufnahme)-BMI**

**Zahl d. tagesklin. Behandlungen**

mit Angehörigen (Fremdanamnese)  wenn Ja

**Österreichisches Geriatriisches Basisassessment**

| Aufnahme                     |                      | Entlassung           |                                      | Aufnahme                      |   | Entlassung           |                      |
|------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------------|-------------------------------|---|----------------------|----------------------|
| <b>Barthel Index (0-100)</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <b>Aufsteh-Test</b>                  | <input type="text"/>          | <b>TFDD / Demenzteil</b>                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>FIM</b>                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <b>Timed Get-Up &amp; Go-Test</b>    | <input type="text"/>          | <b>MMSE</b>                                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>IADL (0-16)</b>           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <b>Tinetti Balance (B)</b>           | <input type="text"/>          | <b>Uhrentest Shulman K et al. (1986)</b>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>OARS-5-IADL (0-5)</b>     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <b>Tinetti Gehprobe (G)</b>          | <input type="text"/>          | <b>Uhrentest Sunderland T et al. (1989)</b> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>MNA™ Short Form</b>       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <b>Tinetti Summe (B+G)</b>           | <input type="text"/>          | <b>GDS (max. 15)</b>                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>MNA™ Full Vers.</b>       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <b>Tandem-Stand (max. 4)</b>         | <input type="text"/>          | <b>DSI</b>                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>QINS (0-21)</b>           | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <b>Tandem-Walk Performance (1-4)</b> | <input type="text"/>          | <b>Cornell-Skala</b>                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>NRS</b>                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <b>6 Min. Walking Test</b>           | <input type="text"/>          | <b>Handkraft (Newton)*</b>                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                              |                      |                      | <b>Esslinger Transfer-skala</b>      | <b>H</b> <input type="text"/> | <b>Hilfsmittel (Mobilitätstests)</b>        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**DIAGNOSEN**

**führende geriatrische Funktionsstörungen**

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="radio"/> j <input type="radio"/> n                              | <input type="radio"/> j <input type="radio"/> n                         | <input type="radio"/> j <input type="radio"/> n   | <input type="radio"/> j <input type="radio"/> n |
| <input type="radio"/> Immobilität (inkl. prothetischer Mobilisationsverlauf) | <input type="radio"/> Inkontinenz                                       | <input type="radio"/> Schluckstörungen            | <input type="radio"/> starke Sehbehinderung     |
| <input type="radio"/> Sturzneigung   | <input type="radio"/> Dekubitalulcera                                   | <input type="radio"/> Depression, Angststörung    | <input type="radio"/> starke Hörbehinderung     |
| <input type="radio"/> Schwindel  | <input type="radio"/> Fehl- und Mangelernährung                         | <input type="radio"/> Schmerz                     | <input type="radio"/> Medikationsprobleme       |
| <input type="radio"/> kognitive Defizite                                     | <input type="radio"/> Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt | <input type="radio"/> Sensibilitätsstörungen      | <input type="radio"/> hohes Komplikationsrisiko |
|  | <input type="radio"/> Kommunikationsstörungen                           | <input type="radio"/> herabgesetzte Belastbarkeit | <input type="radio"/> verzögerte Rekonvaleszenz |
|  |   | <input type="radio"/> Gebrechlichkeit (Frailty)   | <input type="radio"/> andere                    |

**diagnostische Leistungen**

|  |  |  |   |   |  |
|--|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal-endoskopie | <input type="checkbox"/> Ultraschall                   | <input type="checkbox"/> Echokardiographie                   | <input type="checkbox"/> app. Monitoring                    | <input type="checkbox"/> Pathologie                     | <input type="checkbox"/> apparativ unterstützte Kraftmessung |
| <input type="checkbox"/> andere Endoskopie           | <input type="checkbox"/> Angiologie                    | <input type="checkbox"/> Labor                               | <input type="checkbox"/> kardiologische Funktionsdiagnostik | <input type="checkbox"/> (Histologie und Bakteriologie) | <input type="checkbox"/> andere                              |
| <input type="checkbox"/> Radiologie                  | <input type="checkbox"/> Elektrophysiologie (EMG, ENG) | <input type="checkbox"/> apparative Balance- und Ganganalyse | <input type="checkbox"/> pulmologische Funktionsdiagnostik  | <input type="checkbox"/> diagnostischer Hausbesuch      | <input type="checkbox"/> keine                               |

| Begleiterkrankungen            |                       |                       |                       |                       |                       |                               |                       |                       |                       |                       |                       |                                 |                       |                       |                       |                       |                       |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                                | bekannt bei Aufnahme  | neu diagnostiziert    | neu aufgetreten       | nein                  | nicht bekannt         | bekannt bei Aufnahme          | neu diagnostiziert    | neu aufgetreten       | nein                  | nicht bekannt         | bekannt bei Aufnahme  | neu diagnostiziert              | neu aufgetreten       | nein                  | nicht bekannt         |                       |                       |
| Myokardinfarkt                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Neoplasien                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | GI Blutung                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| KHK                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Kontrakturen                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Insult                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | diabetisches                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | peripher neurol. Erkrankungen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pulmonalembolie                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fußsyndrom                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | zentral neurol. Erkrankungen    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| COPD                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Amputation                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | dialysepflichtige Niereninsuff. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzinsuffizienz dekompensiert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schilddrüsen-funktionsstörung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sturz einfach                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hypertonie                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Pneumonie                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sturz mehrfach                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzrhythmusst. PAVK           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Harnwegsinfekt                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>Entlassung</b>               |                       |                       |                       |                       |                       |
| tiefe Venenthromb. Delir       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wundinfektion                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Dekubitus (0-5) (nach Daniel)   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|                                |                       |                       |                       |                       |                       | Kolitis                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                 |                       |                       |                       |                       |                       |
|                                |                       |                       |                       |                       |                       | andere Infektionen            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                                 |                       |                       |                       |                       |                       |

| therapeutische Leistungen                       |   |   | Konsiliarleistungen                           |  |  |
|---|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> aktivierende Pflege    | <input type="checkbox"/> Ergotherapie             | <input type="checkbox"/> ernährungstherap. Intervention | <input type="checkbox"/> allgemeine Chirurgie | <input type="checkbox"/> Kiefer/Zahn           | <input type="checkbox"/> Urologie                    |
| <input type="checkbox"/> Kontinenztraining      | <input type="checkbox"/> Sozialarbeit             | <input type="checkbox"/> komplementäre Therapien        | <input type="checkbox"/> Augen                | <input type="checkbox"/> Neurologie            | <input type="checkbox"/> interventionelle Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining  | <input type="checkbox"/> psychologische Betreuung | <input type="checkbox"/> andere                         | <input type="checkbox"/> Dermatologie         | <input type="checkbox"/> Orthopädie            | <input type="checkbox"/> komplexe Schmerztherapie    |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie         | <input type="checkbox"/> Logopädie                | <input type="checkbox"/> keine                          | <input type="checkbox"/> Gynäkologie          | <input type="checkbox"/> Physikalische Medizin | <input type="checkbox"/> andere                      |
| <input type="checkbox"/> physikalische Therapie | <input type="checkbox"/> palliative Betreuung     |   | <input type="checkbox"/> HNO                  | <input type="checkbox"/> Psychiatrie           | <input type="checkbox"/> keine                       |
|   |   |   | <input type="checkbox"/> Interne              | <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie       |  |

| ENTLASSUNG Aufnahme  |  | Entlassung            |                       |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|---|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|--|--------------------------|---|--------------------------|--|--|---|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| vorhanden  | nein   | vorhanden             | empfohlen             | abgelehnt             | nicht notwendig       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| Heilbehelfe  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>Therapieziel erreicht</b><br><input type="radio"/> ja<br><input type="radio"/> nein<br><input type="radio"/> teilweise   | <b>Grund für Therapieende</b><br><input type="checkbox"/> vorzeitig auf Wunsch des Patienten<br><input type="checkbox"/> aus disziplinären Gründen<br><input type="checkbox"/> keine weiteren Kostenzusagen/PKV<br><input type="checkbox"/> Transfer<br><input type="checkbox"/> verstorben   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| Hilfsmittel  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| Prothesen  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <b>wohin direkt entlassen</b><br><input type="radio"/> häusliches Umfeld<br><input type="radio"/> betreutes Wohnen<br><input type="radio"/> Altenwohnheim<br><input type="radio"/> Pflegeheim<br><input type="radio"/> Kurzzeitpflege<br><input type="radio"/> andere Fachabteilung<br><input type="radio"/> Entlassungsstation<br><input type="radio"/> nachgeschaltete Rehabilitation | <b>Betreuungssituation</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>vorher</th> <th>nachher</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> ohne Hilfe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> familiäre Hilfe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Informal Care Givers</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> hausärztliche Betreuung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> professionelle Heimhilfe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> mobile Krankenpflege</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 24-Stunden-Betreuung (zu Hause)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> mit durchgehender medizinischer 24-Stunden-Betreuung (PH)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> ohne durchgehende medizinische 24-Stunden-Betreuung (PH)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> geriatrische Tagesklinik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Tageszentrum</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> unbekannt</td> </tr> </tbody> </table> | vorher                | nachher               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ohne Hilfe | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> familiäre Hilfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Informal Care Givers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> hausärztliche Betreuung | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> professionelle Heimhilfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mobile Krankenpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 24-Stunden-Betreuung (zu Hause) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit durchgehender medizinischer 24-Stunden-Betreuung (PH) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ohne durchgehende medizinische 24-Stunden-Betreuung (PH) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> geriatrische Tagesklinik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tageszentrum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| vorher   | nachher  |                       |                       |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> ohne Hilfe  |                       |                       |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> familiäre Hilfe   |                       |                       |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> Informal Care Givers                                      |                       |                       |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> hausärztliche Betreuung                                   |                       |                       |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> professionelle Heimhilfe                                  |                       |                       |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> mobile Krankenpflege                                      |                       |                       |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> 24-Stunden-Betreuung (zu Hause)                           |                       |                       |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> mit durchgehender medizinischer 24-Stunden-Betreuung (PH) |                       |                       |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> ohne durchgehende medizinische 24-Stunden-Betreuung (PH)  |                       |                       |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> geriatrische Tagesklinik                                  |                       |                       |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> Tageszentrum  |                       |                       |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> unbekannt   |                       |                       |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| ADS-Dekubitus-system   | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| Pflegegeld beantragt   | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| protektive Maßnahmen   | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| Wohnungsadaption   | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| PEG-Sonde  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <b>Anzahl pharmakol. Wirkstoffe</b> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table> |  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <b>Änderungen in der Medikation</b> <table border="1"> <tr> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td> </tr> </table>  |   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>               | <b>Mark 1</b><br><table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table> |  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                          | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                             | <b>Mark 2</b><br><table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table> |   | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                          | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                                     |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |                       |                       |   |   |                       |                       |                          |                                     |  |  |                          |   |                          |  |  |   |                          |   |                          |  |                          |  |                          |   |                          |   |                          |                                       |                          |                                    |

|                      |   |   |   |  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|---|---|---|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Unterschrift Arzt    | Information an Hausarzt (am Entlassungstag) | <input type="radio"/> nein<br><input type="checkbox"/> mündlich<br><input type="checkbox"/> Kurzbrief | <input type="checkbox"/> vollständiger Patientenbrief<br><input type="checkbox"/> Pflegebericht | <b>Entlassungsdatum</b><br><table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                        | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |