



# Untersuchungsbogen

Grüner Krankenschein: ja  nein

Nachname, Vorname (in Druckschrift)

Geburtsdatum

.....

.....

Registrier-Nr.:

Zimmer-Nr.:

Telefon-Nr.:

Staatsangehörigkeit:  Syrien  Afghanistan  Irak  Pakistan  Sonstige .....

Datum der Vorstellung:

.2015 Arzt/Ärztin (in Druckschrift):

---

Temperatur:

Puls:

RR:

Gewicht:

Anamnese:

Befund:

Diagnose:

Therapie / Empfehlung / Verlauf / Medikamente: