

Kathetercheck

Blasen katheter

Art: _____

Grösse: ____ CH, geblockt mit ____ ml/NaCl

Bemerkung:

SP Dauerkatheter

Art: _____

Grösse: ____ CH, geblockt mit ____ ml/NaCl

Bemerkung:

Katheter wechsel

Monat	Jan.	Hdz.	Feb.	Hdz.	Mrz.	Hdz.	Apr.	Hdz.	Mai	Hdz.	Jun.	Hdz.	Jul.	Hdz.	Aug.	Hdz.	Sept.	Hdz.	Okt.	Hdz.	Nov.	Hdz.	Dez.	Hdz.	
Datum																									
Datum																									
Datum																									
Datum																									
Datum																									

Ableitsystem

Monat	Jan.	Hdz.	Feb.	Hdz.	Mrz.	Hdz.	Apr.	Hdz.	Mai	Hdz.	Jun.	Hdz.	Jul.	Hdz.	Aug.	Hdz.	Sept.	Hdz.	Okt.	Hdz.	Nov.	Hdz.	Dez.	Hdz.	
Datum																									
Datum																									
Datum																									
Datum																									
Datum																									

Name.: **Mustermann Max**

geb. am: **22.07.1931**

Jahr:

Blatt Nr.: