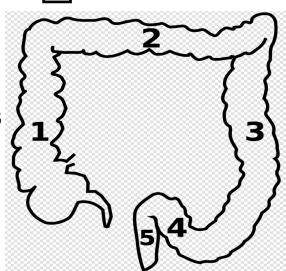


<b>PATIENTINNENINFO</b>	
NAME <input style="width: 150px;" type="text"/>	GEB.DATUM <input style="width: 100px;" type="text"/> SVNR <input style="width: 100px;" type="text"/>
SV Träger <input style="width: 150px;" type="text"/>	SKL <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aufgeklärt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
OAK <input type="checkbox"/> ja <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein Relevante Vorerkrankungen
TAH <input type="checkbox"/> ja <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein
Blutungsanamnese <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schnarchen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
OSAS <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kard/resp kompensiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ASA 1 <input type="checkbox"/> ASA 2 <input type="checkbox"/> ASA 3 <input type="checkbox"/> ASA 4	
<b>ZUWEISER</b>	
NAME <input style="width: 150px;" type="text"/>	ORDINATION/KH <input style="width: 150px;" type="text"/>
TEL <input style="width: 150px;" type="text"/>	EMAIL <input style="width: 150px;" type="text"/>
<b>FRAGESTELLUNG</b>	
<input type="checkbox"/> Polypektomie <input type="checkbox"/> 1-1,9 <input type="checkbox"/> 2-2,9 <input type="checkbox"/> 3-3,9 <input type="checkbox"/> >4cm <input type="checkbox"/> gestielt <input type="checkbox"/> sessil <input type="checkbox"/> flach <input type="checkbox"/> Tusche markiert	<input type="checkbox"/> re Flexur <input type="checkbox"/> Transversum <input type="checkbox"/> li Flexur <input type="checkbox"/> Ascendens <input type="checkbox"/> Coecum <input type="checkbox"/> Descendens <input type="checkbox"/> Sigmoidium <input type="checkbox"/> Rectum
	
<b>2. MED</b>	
Geplantes Gerät <input type="checkbox"/> Gastroskop <input type="checkbox"/> Coloskop <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> ERCP <input type="checkbox"/> EUS <input type="checkbox"/> Kapsel	
TERMIN: <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> geplant <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	
OAK Pause <input type="checkbox"/> ja <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> nein	
TAH Pause <input type="checkbox"/> ja <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> nein	
ZUSAGE von <input style="width: 150px;" type="text"/>	