



**Weitere Behandlungen**

- gleicher Gips       Röntgen-Kontrolle       Gipsfrei       In neuem Gips  
 Gipsentfernung  
 Änderungen: .....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Arztes und Sucher-Nr.

**Weitere Behandlungen**

- gleicher Gips       Röntgen-Kontrolle       Gipsfrei       In neuem Gips  
 Gipsentfernung  
 Änderungen: .....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Arztes und Sucher-Nr.

**Weitere Behandlungen**

- gleicher Gips       Röntgen-Kontrolle       Gipsfrei       In neuem Gips  
 Gipsentfernung  
 Änderungen: .....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Arztes und Sucher-Nr.

**Weitere Behandlungen**

- gleicher Gips       Röntgen-Kontrolle       Gipsfrei       In neuem Gips  
 Gipsentfernung  
 Änderungen: .....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Arztes und Sucher-Nr.

**Pflegeschwerpunkte:** .....