

Gipsverordnungsblatt

Datum:

Unterschrift Arzt:

Diagnose		Patientenetikette
Handlung	<input type="checkbox"/> Gipsneuanlage <input type="checkbox"/> Badegips <input type="checkbox"/> Gipswechsel <input type="checkbox"/> konventionelle <input type="checkbox"/> Gipsentfernung <input type="checkbox"/> Gipsanlage	
<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	

Oberarm		
<input type="checkbox"/> Oberarmgips	<input type="checkbox"/> Mit Schulterkappe	<input type="checkbox"/> Zirkulär
<input type="checkbox"/> Oberarmgipsschiene	<input type="checkbox"/> Mit Handgelenk	<input type="checkbox"/> Gespalten
<input type="checkbox"/> Cuff & Collar	<input type="checkbox"/> Ohne Handgelenk	<input type="checkbox"/> Flex Ellenbogen ____°

Vorderarm		
<input type="checkbox"/> Vorderarmgips	<input type="checkbox"/> Volare Schiene	<input type="checkbox"/> Sandwich
<input type="checkbox"/> Vorderarm-Schiene	<input type="checkbox"/> Dorsale Schiene	<input type="checkbox"/> Zirkulär
		<input type="checkbox"/> Gespalten

Hand		
<input type="checkbox"/> Intrinsic Plus Schiene	<input type="checkbox"/> Dig ____ bis ____	<input type="checkbox"/> Zirkulär
<input type="checkbox"/> Naviculare	<input type="checkbox"/> Oberarm	<input type="checkbox"/> Gespalten
<input type="checkbox"/> Daumen-Channel	<input type="checkbox"/> Vorderarm	
<input type="checkbox"/> St.Moritz		

Oberschenkel		
<input type="checkbox"/> OS-Gips	<input type="checkbox"/> Flex Knie ____°	<input type="checkbox"/> Zirkulär
<input type="checkbox"/> OS-Schiene	<input type="checkbox"/> Flex OSG ____°	<input type="checkbox"/> Gespalten
<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> UL-Verstärkung	<input type="checkbox"/> Zehenschutz

Unterschenkel/ Fuss		
<input type="checkbox"/> OSG - Softcast	<input type="checkbox"/> UL-Verstärkung	<input type="checkbox"/> Zirkulär
<input type="checkbox"/> US-Schiene	<input type="checkbox"/> Gehgips	<input type="checkbox"/> Gespalten
<input type="checkbox"/> US-Gips	<input type="checkbox"/> Liegegips	<input type="checkbox"/> Zehenschutz

Durchgeführt am:

Unterschrift Pflege: