

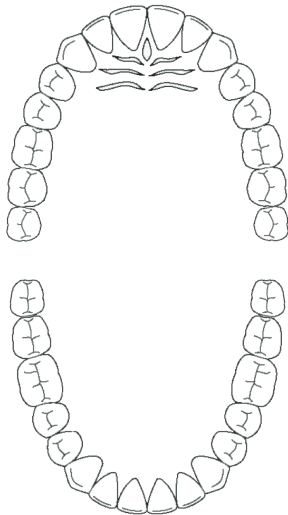
Student: _____

Patient: _____

Art der Arbeit: _____

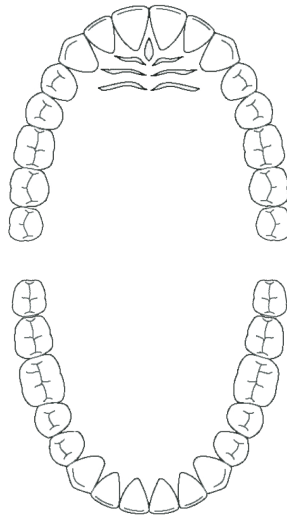
Planungsvarianten

Variante 1



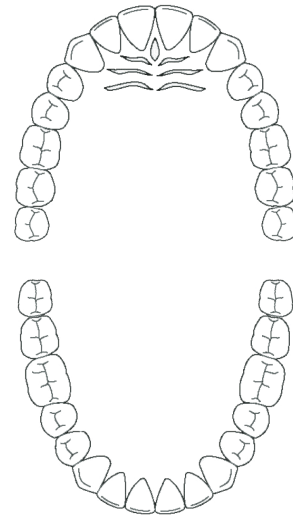
definitive Versorgung

Variante 2



definitive Versorgung

Variante 3



definitive Versorgung

Weitere Maßnahmen

PA-Behandlung	Chirurgische Beh.	Konservierende Beh.	Kfo-Beh.	Funktionstherap. Beh.	Prothetische Beh.
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Therapieplanung (nach Priorität)

Risiken und Folgen bei Unterlassung der Behandlung

Therapieplanung besprochen (Datum, Unterschrift Assistent)