



Checkliste

PICS*-Ambulanz (*Post-Intensive-Care-Syndrome)

Bitte füllen Sie alle Felder aus:

1	Name	<input type="radio"/>
2	Adresse	<input type="radio"/>
3	Telefonnummer	<input type="radio"/>
4	Mailadresse	<input type="radio"/>
5	Hausarzt*ärztin	<input type="radio"/>
6	Telefonnummer des*der Hausarztes*ärztin	<input type="radio"/>
7	Behandelnde Intensivstation	<input type="radio"/>
8	Grund der Intensivbehandlung	<input type="radio"/>
9	Zeitraum des Krankenhausaufenthaltes der Intensivbehandlung	<input type="radio"/>
10	Größe	<input type="radio"/>
11	Aktuelles Gewicht	<input type="radio"/>
12	Aktuelle Medikamentenliste mit genauer Dosierungsangabe	<input type="radio"/>