

09/22) Thieme DokuFORM GmbH · Willy-Brandt-Allee 31a · 23554 Lübeck · Tel. 04 51 / 9 89 94 840 · Fax 04 51 / 9 89 94 84 · 50 · E-Mail: info@dokuform.de · www.dokuform.de · Nachdruck verboten

09/22) Thieme DokuFORM GmbH · Willy-Brandt-Allee 31a · 23554 Lübeck · Tel. 04 51 / 9 89 94 840 · Fax 04 51 / 9 89 94 84 · 50 · E-Mail: info@dokuform.de · www.dokuform.de · Nachdruck verboten

Materialverbrauch

Schlüssel	Menge	Schlüssel	Menge	Schlüssel	Menge	Schlüssel	Menge	Schlüssel	Menge	Schlüssel	Menge
0 0 0	1	0 0 0	1	0 0 0	1	0 0 0	1	0 0 0	1	0 0 0	1
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
1 1 1	2	1 1 1	2	1 1 1	2	1 1 1	2	1 1 1	2	1 1 1	2
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
2 2 2	3	2 2 2	3	2 2 2	3	2 2 2	3	2 2 2	3	2 2 2	3
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
3 3 3	4	3 3 3	4	3 3 3	4	3 3 3	4	3 3 3	4	3 3 3	4
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
4 4 4	5	4 4 4	5	4 4 4	5	4 4 4	5	4 4 4	5	4 4 4	5
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
5 5 5	6	5 5 5	6	5 5 5	6	5 5 5	6	5 5 5	6	5 5 5	6
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
6 6 6	7	6 6 6	7	6 6 6	7	6 6 6	7	6 6 6	7	6 6 6	7
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
7 7 7	8	7 7 7	8	7 7 7	8	7 7 7	8	7 7 7	8	7 7 7	8
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
8 8 8	9	8 8 8	9	8 8 8	9	8 8 8	9	8 8 8	9	8 8 8	9
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
9 9 9	≥10	9 9 9	≥10	9 9 9	≥10	9 9 9	≥10	9 9 9	≥10	9 9 9	≥10
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐

Schlüssel	Menge	Schlüssel	Menge	Schlüssel	Menge	Schlüssel	Menge	Schlüssel	Menge	Schlüssel	Menge
0 0 0	1	0 0 0	1	0 0 0	1	0 0 0	1	0 0 0	1	0 0 0	1
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
1 1 1	2	1 1 1	2	1 1 1	2	1 1 1	2	1 1 1	2	1 1 1	2
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
2 2 2	3	2 2 2	3	2 2 2	3	2 2 2	3	2 2 2	3	2 2 2	3
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
3 3 3	4	3 3 3	4	3 3 3	4	3 3 3	4	3 3 3	4	3 3 3	4
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
4 4 4	5	4 4 4	5	4 4 4	5	4 4 4	5	4 4 4	5	4 4 4	5
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
5 5 5	6	5 5 5	6	5 5 5	6	5 5 5	6	5 5 5	6	5 5 5	6
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
6 6 6	7	6 6 6	7	6 6 6	7	6 6 6	7	6 6 6	7	6 6 6	7
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
7 7 7	8	7 7 7	8	7 7 7	8	7 7 7	8	7 7 7	8	7 7 7	8
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
8 8 8	9	8 8 8	9	8 8 8	9	8 8 8	9	8 8 8	9	8 8 8	9
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
9 9 9	≥10	9 9 9	≥10	9 9 9	≥10	9 9 9	≥10	9 9 9	≥10	9 9 9	≥10
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐

Schlüssel	Menge	Schlüssel	Menge	Schlüssel	Menge	Schlüssel	Menge	Schlüssel	Menge	Schlüssel	Menge
0 0 0	1	0 0 0	1	0 0 0	1	0 0 0	1	0 0 0	1	0 0 0	1
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
1 1 1	2	1 1 1	2	1 1 1	2	1 1 1	2	1 1 1	2	1 1 1	2
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
2 2 2	3	2 2 2	3	2 2 2	3	2 2 2	3	2 2 2	3	2 2 2	3
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
3 3 3	4	3 3 3	4	3 3 3	4	3 3 3	4	3 3 3	4	3 3 3	4
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
4 4 4	5	4 4 4	5	4 4 4	5	4 4 4	5	4 4 4	5	4 4 4	5
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
5 5 5	6	5 5 5	6	5 5 5	6	5 5 5	6	5 5 5	6	5 5 5	6
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
6 6 6	7	6 6 6	7	6 6 6	7	6 6 6	7	6 6 6	7	6 6 6	7
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
7 7 7	8	7 7 7	8	7 7 7	8	7 7 7	8	7 7 7	8	7 7 7	8
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
8 8 8	9	8 8 8	9	8 8 8	9	8 8 8	9	8 8 8	9	8 8 8	9
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐
9 9 9	≥10	9 9 9	≥10	9 9 9	≥10	9 9 9	≥10	9 9 9	≥10	9 9 9	≥10
☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐	☐ ☐ ☐	☐

Transportverweigerungserklärung

Refusal of transportation by ambulance car or of medical treatment

Patient_____

Hiermit erkläre ich, dass ich heute, am _____ über meine Erkrankung bzw. Verletzung und deren Konsequenzen aufgeklärt worden bin und eine Behandlung oder / und Beförderung in ein Krankenhaus entgegen der Belehrung ablehne.

Für hieraus entstandene Schäden trage ich selbst die Verantwortung. Ich wurde darüber informiert, dass ich späterhin keinerlei Ersatzansprüche wegen dieser nicht ausgeführten Krankenförderung / Behandlung und den sich evtl. daraus ergebenden gesundheitlichen Schäden geltend machen kann.

Herewith I declare, that I have been informed today _____about my Illness / Injuries with all the possible consequences and that I refuse medical treatment or a transportation to a hospital. I am fully responsible for all possible damages to my health and I have been informed, that there will be no indemnifications in case of a deterioration of my medical situation.

Datum/Date_____

Uhrzeit/Time_____

Unterschrift/Signature Patient_____

Unterschrift Zeuge/Signature witness_____