

# Information an den behandelnden Arzt

Ihre Patientin/Ihr Patient .....

Die Behandlung wurde vom ..... bis ..... durchgeführt.

Stand der Behandlung gemäß den Therapiezielen

.....

Besonderheiten

.....

Behandlungsabbruch am ..... wegen .....

Fortsetzung der Therapie vorgeschlagen  ja  nein

Gegebenenfalls Vorschlag zur Änderung der Behandlung

.....

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel