



ID Nr. Praxis		ID Nr. Patient		Abschlussuntersuchung am	
----------------------	--	-----------------------	--	---------------------------------	--

Beschwerden:				
	J	N	NE	Stärke
Husten				
Atemnot				
Schwäche				
Schmerzen				

Komplikationen seit Monitoringende:				
	J	N	NE	wenn JA, welche?
KEINE				
kardiale / kardiovaskuläre Erkrankungen				
zerebrovaskuläre Erkrankungen				
thromboembolische Ereignisse				
pulmonale Ereignisse				
andere				