Schulen für Pflegeberufe Herford/Lippe GmbH©

Name des Auszubildenden: ……..…… Kurs:…….. Blatt Nr.:……

Pflegeplanung

Patient: .:…… Zimmernr.: .:…… Station: .:……

Dat.	Nr.	Pflegediagnosen/ Ressourcen	Nr.	Pflegeziele	Nr.	Pflegemaßnahmen	Dat.	Uhrz.	HZ