

Persönliche Angaben

Vorname	Name	Geburtsdatum	Kalenderwoche
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Transplantierte(s) Organ(e)		Datum der Transplantation	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Medikamenteneinnahme

Vorname	Morgens	Mittags	Abends	Spät

Parameter

	Gewicht (kg)	Blutdruck min.	Blutdruck max.	Harnmenge (ml)	Trinkmenge (ml)	Temperatur min.	Temperatur max.	Besonderheiten
Mo								
Di								
Mi								
Do								
Fr								
Sa								
So								

Befinden

<input type="checkbox"/>						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So