

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
SIEMENS BETRIEBSKRANKENKASSE						63401
Name, Vorname des Versicherten						
Bomanns						
Alfred						geb. am
Roszbachstr. 15						
46145 Oberhausen						
Rassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
8433248				1000 1		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		
3147013		0608		17.11.2006		



**St. Clemens Hospitale Sterkrade gGmbH**  
 Wilhelmstraße 34 • 46145 Oberhausen  
 Telefon 02 08 - 6 95-0 • Telefax 02 08 - 6 95-2 22

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin	Geriatric	Pädiatrie	Chirurgie	Unfallchirurgie	Frauenheilkunde	Geburts-hilfe

1026

## Notfall - Behandlung

am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: 16<sup>20</sup>

Tel: \_\_\_\_\_

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten [Signature]

Sehr verehrte Frau Kollegin / Sehr geehrter Herr Kollege,

[Signature]

der/die o.a. Patient/in hat uns zwecks Notfallbehandlung aufgesucht. Wir dürfen Ihnen nachfolgend berichten:

Anamnese: Dat. Sin. von einem anderen Person an me. Arm festgehalten wurd. in zu Boden gestapelt wurd.

Befund: äußere Verletzungen, Bewegungsschmerz in me. OH -> o. DS, o. Schwellung, o. Hämatom DS li. Knie thorax parasternal oberflächliche Fraktur an beide Knie ->

Ohne Befund = OB

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cor	Pulmo	Abdomen	Wirbelsäule
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extremitäten	Schleimhäute	Neurologisch	Haut

Rö-Befund: sin. o. DS oder Bewegungsschmerz o. weitere Verlet. ->

Diagnosen: Knie thorax li: sichere Fraktur radiaris

Therapie: US, BSW, Röntgen

Empfehlung: Befundkontrolle, Schmerz, Kühlung

Eine evtl. begonnene Tetanusgrundimmunisierung bitten wir fortzuführen. Bei ruhigstellenden Verbänden an den unteren Extremitäten bitten wir die Thromboseprophylaxe fortzusetzen!

Mit freundlichem Gruß

Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Unterschrift [Signature]

1. Blatt -gelb- Vertragsarzt  
 2. Blatt -weiß- Abrechnung  
 3. Blatt -rosa- Krankenerfagen (siehe auch Rückseite)

Kombi-Handdrucke-Werkzeuge • Telefon 0 23 25 - 92 76-0  
 Telefax 0 23 25 - 92 76 76  
 F 42516