

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
SIEMENS BETRIEBSKRANKENK						63401
Name, Vorname des Versicherten Bomanns						
Alfred			geb. am			
Rosbachstr. 15 46145 Oberhausen						
Kassen-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: 16²⁰

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

Befund: gestoßen wurd. 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. - fr.

Diagnosen: Knie thorax li: sichere Fraktur nachweis

Therapie: US, BSW, RÖ

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 [Signature] Unterschrift

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

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