

ADK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
SIEMENS BETRIEBSKRANKENKASSE						63401
Name, Vorname des Versicherten						
Bomanns						
Alfred						geb. am
Roszbachstr. 15						
46145 Oberhausen						
Rassenr.-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 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: lin. 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 - Krankenerträge (siehe auch Rückseite)

Kombi-Handdrucke-Werkzeuge
 F 42516