

VA für Eisenbahnen und Bergbau	VAd. öffentl. Bediensteten	SVA d. gewerbl. Wirtschaft	KFA Bed. Mag. Graz	GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensio- nist(in)	7 Kriegs- hinter- bliebene(r)	9	20 Kampf- opfer Kriegs- beschädigt 21	Beleg-Nr.
--------------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------	---------	---------	---------------------	--	--------------------------	--	---	--	-----------

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Visite am Tag Visite in der Nacht

Familienname(n)/Nachname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

Patient(in) _____
Tag Mon. Jahr

Diagnose:

Anschrift

Versicherte(r) (Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist) _____
Tag Mon. Jahr

Erklärung

Für KassenpatientInnen: Ich erkläre, dass die angegebenen Daten den Tatsachen entsprechen und dass gegenüber dem bezeichneten Krankenversicherungsträger ein Leistungsanspruch besteht.

Unterschrift

Erbrachte Leistungen:

- i.m. i.v. Infusion Leitung
 Blutzucker EKG Katheter Verbandwechsel
 andere

Für PrivatpatientInnen:

€

Bezahlt am Unterschrift

Besondere Bemerkungen:

----- Datum ----- Uhrzeit ----- Stempel und Unterschrift -----

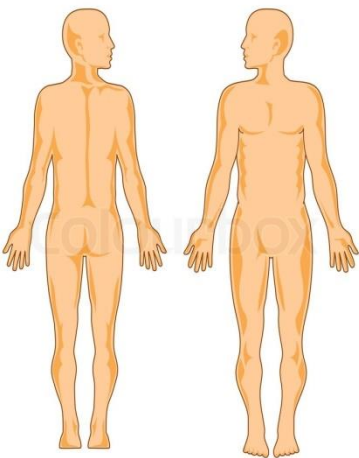
Anamnese: _____

Status: wach somnolent comatös orientiert desorientiert aggressiv

RR: _____ / _____ mmHg Puls: _____ / Min. Temp.: _____ Grad Celsius

Cor: Rhythmisch Arrhythmisch HT, rein Geräusch: _____

Pulmo: VA seitengleich RG's: Keine Pathologisch: _____



X = Schmerz: _____

O = Wunde: _____

Abdomen: Bauchdecke: weich hart gebläht

Harn und Stuhl: _____

Nervensystem: Pupillen: o.B. auffällig: _____

Reflex: _____ Lähmungen: Keine Ort: _____

Allergien: _____

Verabreichte Medikamente: _____

Empfohlene Maßnahmen: _____

Demnächst zum Hausarzt Transport in KH Übergabe an Notarzt Fehleinsatz