

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

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

Patient(in) _____
Tag Mon. Jahr

Anschrift _____

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

Erbrachte Leistungen:

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

Anmerkungen:

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

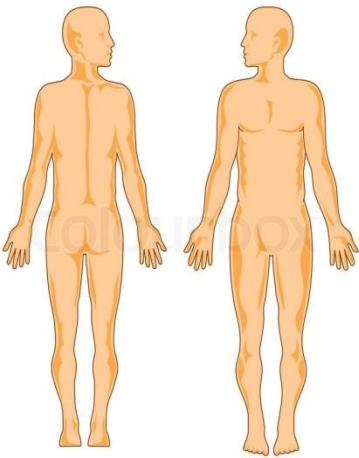
Anamnese: _____

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