



☐ GKV ☐ BG ☐ UTV ☐ P ☐ ☐ ☐

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

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

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_ Aufnahmezeit: \_\_\_\_\_ Uhr Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Allergien: ☐ KM ☐ Antibiotika ☐ Andere  
☐ J ☐ N

Leitsymptom: \_\_\_\_\_ CEDIS: \_\_\_\_\_ h seit

Notfallanamnese / relevante Eigenmedikation / körp. Untersuchung

verantw. Arzt: \_\_\_\_\_ Erster Arztkontakt: \_\_\_\_\_ Uhr

Befunde / Verlauf / durchgeführte Therapie

Initiierung Therapie: \_\_\_\_\_ Uhr

Abschlussdiagnosen:

ICD 10

\_\_\_\_\_

ICD 10

\_\_\_\_\_

Weiteres Procedere /Therapieempfehlung / Weiterbehandler:

Zeitpunkt Verlegung/Entlassung: \_\_\_\_\_ Uhr

Verlegung intern ☐ Funktion (OP, HKL, oä)  
☐ Überwachung (ITS, IMC, oä)  
☐ Normalstation  
Verlegung extern ☐ Funktion (OP, HKL, oä)  
☐ Überwachung (ITS, IMC, oä)  
☐ Normalstation  
Entlassung ☐ Nach Hause  
☐ zu weiterbehandl. Arzt  
☐ gegen ärztl. Rat  
☐ Abbruch durch Pat. ☐ Kein Arztkontakt  
☐ Sonstige Entlassung ☐ Tod

Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_