

Health Services Report

Section 1: General Information

Name: _____
 Address: _____
 City: _____ State: _____ Zip: _____
 Date: _____

Section 2: Health History

Present Illness: _____
 Onset: _____ Duration: _____
 Location: _____
 Associated symptoms: _____

Past History: _____
 Date: _____

Section 3: Physical Examination

General: _____
HEENT: _____
Cardiovascular: _____
Respiratory: _____
Abdominal: _____
Neurological: _____
Musculoskeletal: _____
Genitourinary: _____
Integumentary: _____

Section 4: Laboratory and Diagnostic Tests

Section 5: Assessment and Plan

Assessment: _____
 Plan: _____

Section 6: Patient Education

Section 7: Follow-up

Section 8: Signature and Date

Signature: _____
 Date: _____

1. _____
 2. _____
 3. _____

<p>Formulär zur Erfassung von Vorfällen</p> <p>Bitte füllen Sie dieses Formular bei jedem Vorfalle aus, der während der Fahrt mit dem Fahrzeug beobachtet wird. Die Angaben sind für die Ermittlung der Unfallursachen und die Festlegung der Verantwortlichkeiten von großer Bedeutung. Bitte geben Sie die Angaben so genau wie möglich an.</p>	
<p>Personen</p> <p>Name: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Telefon: _____</p>	
<p>Verkehrsmittel</p> <p>Art: _____</p> <p>Modell: _____</p> <p>Farbe: _____</p> <p>Kennzeichen: _____</p>	
<p>Ort und Zeit</p> <p>Ort: _____</p> <p>Zeit: _____</p>	
<p>Ursache</p> <p>Ursache: _____</p>	
<p>Verletzungen</p> <p>Verletzungen: _____</p>	
<p>Schaden</p> <p>Schaden: _____</p>	
<p>Wetter</p> <p>Wetter: _____</p>	
<p>Verkehrssituation</p> <p>Verkehrssituation: _____</p>	
<p>Zeichnung</p> <p>Zeichnung: _____</p>	
<p>Andere Bemerkungen</p> <p>Andere Bemerkungen: _____</p>	