

Behandlungstarife
cf. Richtlinien Spital (Ausseneinsatz)
Abs. 248a

Behandlungsblatt
cf. Richtlinien Spital (Ausseneinsatz)
Abs. 266

Anfertigung des Patientenblattes, Anamnese (erforderlich vor einer Behandlung; einmalige Gebühr)	10 cw
Medizinische Erstversorgung von Wunden - (incl. Desinfektion und Mundhygiene!)	20 cw
Entfernen eines Steckschusses -----	30 cw
Verf. von leichten Wunden, pro Verletzung	50 cw
Verf. von traumatischen Wunden, pro Verl.	100 cw
Nachsorge bei behandelten Verletzungen - (1 Tag nach erfolgter Behandlung)	10 cw
Verf. von Brüchen -----	100 cw
Solgebildung von Brüchen ----- (Wechseln von Schienen und Verbänden)	20 cw
Chirurgischer Eingriff ----- (e.g. zur Wiederherstellung der Beweglichkeit bei Gliedmaßen)	500 cw
Gabe von Indifferenda, pro Einheit ---- (e.g. Antibiotika, Sedativa)	50 cw
Gabe von Venena, pro Einheit -----	100 cw
Sterbehilfe, pro Patient ----- (ggfs. 33gl. Gabe von Venena!)	10 cw
Entspornung mit E ₂ , pro Behandlung ----- (mind. drei Behandlungen im Abstand von je 1 Std. erforderlich)	100 cw
Beseitigung von Leichen, Feuerbestattung -	100 cw
Desinf. u. Entspornung v. Räumen, pro Raum	100 cw
Zertifizierung von Nahrung und Wasser --- (gilt für die einer Mahlzeit entsprechende Menge)	5 cw

Richter und Wiedertäufere als Bundesgenossen des Spitals erhalten einen Nachlaß von 20%; haben sie bona fide aktive Schutzdienste für die Spitaliermission vor Ort erbracht oder sich aktiv am Kampf gegen Absonderliche oder Feinde des Spitals beteiligt, können sie auf Kulanzbasis frei von Gebühren behandelt werden. Angehörige des Spitals werden in jedem Falle umsonst behandelt!

Jeder Spitalier im Feldeinsatz, vom Pfleger bis zum Konsultanten, ist verpflichtet, diese Gebührenordnung für den Dienst an Spitalfremde einzuhalten und die Erträge zum Vießbrauch an das Spital abzuführen.

An Orten, wo Währung unbekannt ist, kann die Bezahlung in Gebrauchsgütern angenommen werden. In diesem Falle sind nur Waren oder Güter zulässig, die mäßig leicht zu transportieren und der Sache des Spitals zuträglich sind. Exempli generis sind: haltbare, zertifizierte Nahrung, Grundstoffe für Materia Medica, Munition, vertrauliche Information, soweit als nützlich für das Spital eingeschätzt, gebrauchsfähige Filtermasken etc.

Name des Patienten / der Patientin:

Name, Grad, Fachbereich, Forschungsgruppe des behandelnden Spitaliers:

Folgende Behandlungsmaßnahmen wurden durchgeführt:

_____ cw

_____ cw

_____ cw

_____ cw

_____ cw

Summe cw

Folgende Medikamente wurden verabreicht:

_____ cw

_____ cw

_____ cw

_____ cw

_____ cw

Summe cw

Der Betrag wurde entrichtet

in bar (Währung _____)

in Gütern (bitte spezifizieren):

_____ Richtigkeit bezeugt durch Patienten

_____ Unterschrift d. beh. Spitaliers



Quittung für Patienten

Heilbehandlung durch Spitalier _____ cw

Betrag erhalten:

_____ Unterschrift d. beh. Spitaliers

Patientenblatt / Anamnesebogen

zum Verbleib beim Patienten / Bogen ist dem behandelnden Arzt vorzulegen
cf. Richtlinien Spital (Ausseneinsatz) Abs. 223c

Name d. Patienten:

Augenfarbe:	Atemfrequenz in Ruhe:
Haarfarbe:	Sehstärke gemäß Testtafel:
Herkunft:	Blutdruck in Ruhe:
Körpergröße:	Puls in Ruhe:
Körpergewicht:	Pupillenreaktion: o träge o normal o schnell
Körpertypus: o pyknisch	Reflexe: o träge o normal o schnell
o mesomorph	Herztöne:
o ektomorph	Lungentöne:

Temperament: o sanguinisch o melancholisch o phlegmatisch o choleric

Mißbildungen:

Besondere körperliche Merkmale:

Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten oder Gebrechen?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hämophilie (Bluterkrankheit) | <input type="checkbox"/> Morbus Alzheimer | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Herzschwäche, Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Anubiskarzinom (=Anubisbrand=) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Kropfbildung | <input type="checkbox"/> längerwährende Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> übermäßige Gefäßbildung |
| <input type="checkbox"/> Glasknochenkrankheit | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Osteoporose |

Wurden in Ihrer Familie Fälle der folgenden Krankheiten und Gebrechen festgestellt?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hämophilie (Bluterkrankheit) | <input type="checkbox"/> Morbus Alzheimer | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Herzschwäche, Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Anubiskarzinom (=Anubisbrand=) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Kropfbildung | <input type="checkbox"/> längerwährende Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> übermäßige Gefäßbildung |
| <input type="checkbox"/> Glasknochenkrankheit | <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Osteoporose |

Besteht eine bekannte Unverträglichkeit gegen bestimmte Medikamente? Bitte präzisieren Sie Namen des Präparats, Art und Schwere der Symptome.

Haben Sie sich innerhalb der letzten vier Monate in versporteten Bereichen aufgehalten, versportete Nahrung oder Flüssigkeit zu sich genommen? Bitte präzisieren Sie Art, Dauer und Schwere der Versporung.

Konsumieren Sie regelmäßig Destillat? Wie oft?

Konsumieren Sie regelmäßig die Droge Burn? Wie oft?

Welche medizinischen bzw. operativen Maßnahmen wurden bei Ihnen in der Vergangenheit durchgeführt?