|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Augenarztbericht** | **–** Auswahl **–** | Lfd. Nr. |
|  |  | […] |
| Unfallversicherungsträger | Eingetroffen am | Uhrzeit |
| […] | […] | […] |
| Name der versicherten Person | Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse | Familienversichert | Name des Mitglieds |
| […] | […] | […] | […] | [ ]  Nein [ ]  Ja: keine Kopie an Kasse | […] |
| Vollständige Anschrift | Bei Pflegeunfall Pflegekasse der pflegebedürftigen Person |
| […] | […] |
| Beschäftigt als | Seit | Telefon-Nr.  | Staatsangehörigkeit | Geschlecht |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| Unfallbetrieb (Name, Anschrift und Telefon-Nr. des Arbeitgebers, der Kita, der (Hoch-)Schule, der pflegebedürftigen Person) |
| […] |
| 1 Unfalltag | Uhrzeit | Unfallort | Beginn der Arbeitszeit | Ende der Arbeitszeit |
| […] | […] | […] | […] | Uhr | […] | Uhr |
| 2 Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist |
| […] |
| 3 Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall |
| […] |
| 4.1 Art der ersten (nicht augenärztlichen) Versorgung | 4.2 Erstmalig ärztlich behandelt am | durch |
| […] | […] | […] |
| 5 Befund | 5.1 Beschwerden/Klagen |
|  RA [ ]  LA [ ]  | […] |
| 5.2 Klinische Untersuchungsbefunde |
| […] |
| 5.3 Sehschärfe (fern) |
| ohne Korrektion | R | […] |  |
|  | L | […] |  | Refraktion: |  |
| mit Korrektion | R | […] |  | dpt sph. | […] | dpt. cyl. | […] | Achse | […] |
|  | L | […] |  | dpt sph. | […] | dpt. cyl. | […] | Achse | […] |
|  |
| 6 Erstdiagnose **- Freitext -** (Änderungen/Konkretisierungen **unverzüglich** nachmelden) | **ICD 10** |
| […] | […] |
|  |  |
| 7 Art der augenärztlichen Versorgung |
| […] |
| 8 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können |
| […] |
| 9 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des Augenarztberichts auszuhändigen. |
| [ ]  Nein [ ]  Ja, weil | […] |
|  |
| 10 **Art der Heilbehandlung** |
| [ ]  Allgemeine Heilbehandlung[ ]  Besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-Ärztin/D-Arzt(Bitte genaue Anschrift angeben.) | [ ]  Ambulant[ ]  Stationär |
| […] |
| 11 **Weiterbehandlung erfolgt**[ ]  durch mich[ ]  durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben |
| […] |
| 12 **Beurteilung der Arbeitsfähigkeit**[ ]  Arbeitsfähig[ ]  Arbeitsunfähig ab […] | [ ]  Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab […][ ]  Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig | 13 **Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?**[ ]  Nein [ ]  Ja, zugezogen wird […] |
| 14 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände) |
| […] |
| Datum | Name und Anschrift (Stempel) der Augenärztin/des Augenarztes | Unterschrift der Augenärztin/des Augenarztes |
| […] | […] | […] |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Unfalltag: | Lfd. Nr. |
| […], […] | […] | […] | […] |

Weitere Ausführungen des Augenarztes

|  |
| --- |
| […] |
| **Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben**.** |
| Rechnung Nur abrechnen, wenn keine Weiterbehandlung durch Sie vorgesehen ist. Ansonsten Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung. |
| Berichtsgebühr nach Nr. | 126 | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | **Besondere Kosten** |
| Ärztliche Leistung nach Nr. | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | […] EUR |  |
|  nach Nr. | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | […] EUR |  |
|  nach Nr. | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | […] EUR |  |
|  nach Nr. | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | […] EUR |  |
| Summe Besondere Kosten |  | […] EUR |  |  |  |
| Porto |  |  | […] EUR |  |
|  |  |  |  |  |
|  | zusammen |  | […] EUR |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Rechnungsnummer[…] | **Institutionskennzeichen (IK)**[…]**Falls kein IK** - Bankverbindung (IBAN) - |

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger

Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt

Eigenbedarf

Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei familienversicherten Personen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Augenarztbericht** | **– Für den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin –** | Lfd. Nr. |
| […] |
| Unfallversicherungsträger | Eingetroffen am | Uhrzeit |
| […] | […] | […][…] |
| Name der versicherten Person | Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse | Familienversichert | Name des Mitglieds |
| […] | […] | […] | […] | [ ]  Nein [ ]  Ja: keine Kopie an Kasse | […] |
| Vollständige Anschrift | Bei Pflegeunfall Pflegekasse der pflegebedürftigen Person |
| […] | […] |
| Beschäftigt als | Seit | Telefon-Nr.  | Staatsangehörigkeit | Geschlecht |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| Unfallbetrieb (Name, Anschrift und Telefon-Nr. des Arbeitgebers, der Kita, der (Hoch-)Schule, der pflegebedürftigen Person) |
| […] |
| 1 Unfalltag | Uhrzeit | Unfallort | Beginn der Arbeitszeit | Ende der Arbeitszeit |
| […] | […] | […] | […] | Uhr | […] | Uhr |
| 2 Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist |
| […] |
| 3 Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall |
| […] |
| 4.1 Art der ersten (nicht augenärztlichen) Versorgung | 4.2 Erstmalig ärztlich behandelt am | durch |
| […] | […] | […] |
| 5 Befund | 5.1 Beschwerden/Klagen |
|  RA [ ]  LA [ ]  | […] |
| 5.2 Klinische Untersuchungsbefunde |
| […] |
| 5.3 Sehschärfe (fern) |
| ohne Korrektion | R | […] |  |
|  | L | […] |  | Refraktion: |  |
| mit Korrektion | R | […] |  | dpt sph. | […] | dpt. cyl. | […] | Achse | […] |
|  | L | […] |  | dpt sph. | […] | dpt. cyl. | […] | Achse | […] |
|  |
| 6 Erstdiagnose **- Freitext -** (Änderungen/Konkretisierungen **unverzüglich** nachmelden) | **ICD 10** |
| […] | […] |
|  |
| 7 Art der augenärztlichen Versorgung |
| […] |
| 8 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können |
| […] |
| 9 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des Augenarztberichts auszuhändigen. |
| [ ]  Nein [ ]  Ja, weil | […] |
|  |
| 10 **Art der Heilbehandlung** |
| [ ]  Allgemeine Heilbehandlung[ ]  Besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-Ärztin/D-Arzt(Bitte genaue Anschrift angeben.) | [ ]  Ambulant[ ]  Stationär |
| […] |
| 11 **Weiterbehandlung erfolgt**[ ]  durch mich[ ]  durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben |
| […] |
| 12 **Beurteilung der Arbeitsfähigkeit**[ ]  Arbeitsfähig[ ]  Arbeitsunfähig ab […] | [ ]  Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab […][ ]  Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig | 13 **Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?**[ ]  Nein [ ]  Ja, zugezogen wird […] |
| 14 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände) |
| […] |
| Datum | Name und Anschrift (Stempel) der Augenärztin/des Augenarztes | Unterschrift der Augenärztin/des Augenarztes |
| […] | […] | […] |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Unfalltag: | Lfd. Nr. |
| […], […] | […] | […] | […] |

Weitere Ausführungen des Augenarztes

|  |
| --- |
| […] |
| **Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben**.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Augenarztbericht** | **– Krankenkasse –** | Lfd. Nr. |
| […] |
| Unfallversicherungsträger | Eingetroffen am | Uhrzeit |
| […] | […] | […] |
| Name der versicherten Person | Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse | Familienversichert | Name des Mitglieds |
| […] | […] | […] | […] | [ ]  Nein [ ]  Ja: keine Kopie an Kasse | […] |
| Vollständige Anschrift | Bei Pflegeunfall Pflegekasse der pflegebedürftigen Person |
| […] | […] |
| Beschäftigt als | Seit | Telefon-Nr.  | Staatsangehörigkeit | Geschlecht |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| Unfallbetrieb (Name, Anschrift und Telefon-Nr. des Arbeitgebers, der Kita, der (Hoch-)Schule, der pflegebedürftigen Person) |
| […] |
| 1 Unfalltag | Uhrzeit | Unfallort | Beginn der Arbeitszeit | Ende der Arbeitszeit |
| […] | […] | […] | […] | Uhr | […] | Uhr |
| 2 Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist |
| […] |
|  |
| 6 Erstdiagnose **- Freitext -** (Änderungen/Konkretisierungen **unverzüglich** nachmelden) | **ICD 10** |
| […] | […] |
|  |
|  |
| 9 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des Augenarztberichts auszuhändigen. |
| [ ]  Nein [ ]  Ja, weil | […] |
|  |
| 10 **Art der Heilbehandlung** |
| [ ]  Allgemeine Heilbehandlung[ ]  Besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-Ärztin/D-Arzt(Bitte genaue Anschrift angeben.) | [ ]  Ambulant[ ]  Stationär |
| […] |
| 11 **Weiterbehandlung erfolgt**[ ] durch mich[ ]  durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben |
| […] |
| 12 **Beurteilung der Arbeitsfähigkeit**[ ]  Arbeitsfähig[ ]  Arbeitsunfähig ab […] | [ ]  Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab […][ ]  Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig | 13 **Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?**[ ]  Nein [ ]  Ja, zugezogen wird […] |
|  |
| Datum | Name und Anschrift (Stempel) der Augenärztin/des Augenarztes | Unterschrift der Augenärztin/des Augenarztes |
| […] | […] | […] |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Unfalltag: | Lfd. Nr. |
| […], […] | […] | […] | […] |

Weitere Ausführungen des Augenarztes

|  |
| --- |
| […] |
| **Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben**.** |