|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hals-, Nasen-, Ohren-Arztbericht** | **–** 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 HNO-ärztlichen) Versorgung | 4.2 Erstmalig ärztlich behandelt am | durch |
| […] | […] | […] |
| 5 Befund (soweit im Zusammenhang mit dem Unfall von Bedeutung): | 5.1 Beschwerden/Klagen |
| 5.2 Ohren:  | Rechts: | […] | Links: | […] | […] |
| 5.3 Nase: | […] |
| 5.4 Mund und Rachen: | […] |
| 5.5 Kehlkopf und Luftröhre: | […] |
| 5.6 Hals und Gesicht: | […] |
| 5.7 Gehörfunktion:  |
| Umgangssprache rechts | […] | m; links | […] | m, Flüstersprache rechts | […] | m; links | […] | m |
| Weberversuch: | […] | Rinneversuch rechts: | […] | links: | […] |
| Tonaudiogramm: | […] | Ohrgeräusche | [ ]  Nein | [ ]  Ja, ggf. welche? | [ ]  Rechts: | […] |
|  |  |  |  | [ ]  Vorbestehend?(bitte unter Pkt. 9 angeben) | [ ]  Links:  | […] |
| 5.8 Gleichgewichtsfunktion: | […] |
| Spontannystagmus:  | […] |
| Provokationsnystagmus (Kopfschütteln, Lage, Lagerung usw.): | […] |
| Experimentelle Prüfung: (Spülung warm - kalt, Drehung usw.): | […] |
| Abweichreaktionen (Romberg, Unterberger usw.): | […] |
| 5.9 Riech- und Geschmacksprüfung: | […] |
| 5.10 Sonstige Befunde: | […] |
|  |
| 6 Ergebnis bildgebender Diagnostik |
| […] |
| 7 Erstdiagnose **- Freitext -** (Änderungen/Konkretisierungen **unverzüglich** nachmelden) | **ICD 10** |
| […] | […] |
|  |  |
| 8 Art der HNO-ärztlichen Versorgung |
| […] |
| 9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können |
| […] |
| 10 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des HNO-Arztberichts auszuhändigen. |
| [ ]  Nein [ ]  Ja, weil | […] |
|  |
| 11 **Art der Heilbehandlung** |
| [ ]  Allgemeine Heilbehandlung[ ]  Besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-Ärztin/D-Arzt(Bitte genaue Anschrift angeben.) | [ ]  Ambulant[ ]  Stationär |
| […] |
| 12 **Weiterbehandlung erfolgt**[ ]  durch mich[ ]  durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben |
| […] |
| 13 **Beurteilung der Arbeitsfähigkeit**[ ]  Arbeitsfähig[ ]  Arbeitsunfähig ab […] | [ ]  Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab […][ ]  Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig | 14 **Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?**[ ]  Nein [ ]  Ja, zugezogen wird […] |
| 15 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände) |
| […] |
| Datum | Name und Anschrift (Stempel) der HNO-Ärztin/des HNO-Arztes | Unterschrift der HNO-Ärztin/des HNO-Arztes |
| […] | […] | […] |

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

Weitere Ausführungen

|  |
| --- |
| […] |
| **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. | 127 | 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hals-, Nasen-, Ohren-Arztbericht** | **– 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 HNO-ärztlichen) Versorgung | 4.2 Erstmalig ärztlich behandelt am | durch |
| […] | […] | […] |
| 5 Befund (soweit im Zusammenhang mit dem Unfall von Bedeutung): | 5.1 Beschwerden/Klagen |
| 5.2 Ohren:  | Rechts: | […] | Links: | […] | […] |
| 5.3 Nase: | […] |
| 5.4 Mund und Rachen: | […] |
| 5.5 Kehlkopf und Luftröhre: | […] |
| 5.6 Hals und Gesicht: | […] |
| 5.7 Gehörfunktion:  |
| Umgangssprache rechts | […] | m; links | […] | m, Flüstersprache rechts | […] | m; links | […] | m |
| Weberversuch: | […] | Rinneversuch rechts: | […] | links: | […] |
| Tonaudiogramm: | […] | Ohrgeräusche | [ ]  Nein | [ ]  Ja, ggf. welche? | [ ] […] Rechts: | […] |
|  |  |  |  | [ ]  Vorbestehend?(bitte unter Pkt. 9 angeben) | [ ]  Links:  | […] |
| 5.8 Gleichgewichtsfunktion: | […] |
| Spontannystagmus:  | […] |
| Provokationsnystagmus (Kopfschütteln, Lage, Lagerung usw.): | […] |
| Experimentelle Prüfung: (Spülung warm - kalt, Drehung usw.): | […] |
| Abweichreaktionen (Romberg, Unterberger usw.): | […] |
| 5.9 Riech- und Geschmacksprüfung: | […] |
| 5.10 Sonstige Befunde: | […] |
|  |
| 6 Ergebnis bildgebender Diagnostik |
| […] |
| 7 Erstdiagnose **- Freitext -** (Änderungen/Konkretisierungen **unverzüglich** nachmelden) | **ICD 10** |
| […] | […] |
|  |
| 8 Art der HNO-ärztlichen Versorgung |
| […] |
| 9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können |
| […] |
| 10 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des HNO-Arztberichts auszuhändigen. |
| [ ]  Nein [ ]  Ja, weil | […] |
|  |
| 11 **Art der Heilbehandlung** |
| [ ]  Allgemeine Heilbehandlung[ ]  Besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-Ärztin/D-Arzt(Bitte genaue Anschrift angeben.) | [ ]  Ambulant[ ]  Stationär |
| […] |
| 12 **Weiterbehandlung erfolgt**[ ]  durch mich[ ]  durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben |
| […] |
| 13 **Beurteilung der Arbeitsfähigkeit**[ ]  Arbeitsfähig[ ]  Arbeitsunfähig ab […] | [ ]  Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab […][ ]  Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig | 14 **Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?**[ ]  Nein [ ]  Ja, zugezogen wird […] |
| 15 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände) |
| […] |
| Datum | Name und Anschrift (Stempel) der HNO-Ärztin/des HNO-Arztes | Unterschrift der HNO-Ärztin/des HNO-Arztes |
| […] | […] | […] |

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

Weitere Ausführungen

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hals-, Nasen-, Ohren-Arztbericht** | **– Für die 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 |
| […] |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 7 Erstdiagnose **- Freitext -** (Änderungen/Konkretisierungen **unverzüglich** nachmelden) | **ICD 10** |
| […] | […] |
|  |
|  |
| 10 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des HNO-Arztberichts auszuhändigen. |
| [ ]  Nein [ ]  Ja, weil | […] |
|  |
| 11 **Art der Heilbehandlung** |
| [ ]  Allgemeine Heilbehandlung[ ]  Besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-Ärztin/D-Arzt(Bitte genaue Anschrift angeben.) | [ ]  Ambulant[ ]  Stationär |
| […] |
| 12 **Weiterbehandlung erfolgt**[ ]  durch mich[ ]  durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben |
| […] |
| 13 **Beurteilung der Arbeitsfähigkeit**[ ]  Arbeitsfähig[ ]  Arbeitsunfähig ab […] | [ ]  Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab […][ ]  Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig | 14 **Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?**[ ]  Nein [ ]  Ja, zugezogen wird […] |
|  |
| Datum | Name und Anschrift (Stempel) der HNO-Ärztin/des HNO-Arztes | Unterschrift der HNO-Ärztin/des HNO-Arztes |
| […] | […] | […] |

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

Weitere Ausführungen

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