|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mitteilung Arbeitsfähigkeit/ Abschluss besondere Heilbehandlung** | | | | | | | | | | | **–** 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | |
| 1 | Die versicherte Person ist | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | arbeitsfähig ab | | | | […] | | | |  | | | | | | | | |
|  | (Bei Schülerinnen und Schülern bitte auf die Möglichkeit des Schulbesuchs abstellen.) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Ärztliche Behandlung ist | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 | zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung ab […] nicht mehr erforderlich. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2 | weiterhin erforderlich | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | durch mich | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | durch | | | […] | | | | | | | | | | | | | |
|  | Name und Anschrift der behandelnden D-Ärztin/des behandelnden D-Arztes | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | durch | | | […] | | | | | | | | | | | | | |
|  | Name und Anschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Wiedervorstellung am | | | | | […] | | | | | | | | | | | | |
| 2.3 | Die Behandlung erfolgt ab […] zu Lasten der (gesetzlichen) Krankenversicherung. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Die Minderung der Erwerbsfähigkeit beträgt nach vorläufiger Schätzung über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus […] % (auch MdE-Sätze unter 20 % sind anzugeben). | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Weitere Hinweise für den Unfallversicherungsträger: […] | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datenschutz:  Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum | | | Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | […] | | | | | | | | | | | | | | |

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger

Eigenbedarf