

DGUV Landesverband Südost, Postfach 90 02 62, 81502 München

An die
Durchgangärztinnen und
Durchgangärzte
in Bayern und Sachsen

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ansprechpartner/in: Diana Salewski
Telefon: +49 (89) 62272-300
Telefax: +49 (89) 62272-399
E-Mail: lv-suedost@dguv.de

Datum: 14. Juni 2018

Rundschreiben 05/2018 (D)

Neue Formtexte für Ärztinnen und Ärzte ab dem 01.07.2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Berichtstexte nehmen im Rahmen der Heilverfahrenssteuerung und des Reha-Managements der Unfallversicherungsträger (UV-Träger) eine zentrale Stellung ein. Im Zuge der Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Heilverfahren war es erforderlich, die Formtexte für Ärztinnen und Ärzte entsprechend weiterzuentwickeln und gleichzeitig geschlechtsneutral zu formulieren. Zum 01.07.2018 treten nun überarbeitete bzw. neue Formtexte in Kraft.

Die Formtexte sind Bestandteil des Vertrages Ärzte/UV-Träger und wurden mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entsprechend vereinbart. Zusätzlich wurde mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ein „Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung“ abgestimmt. Dieser Entlassungsbericht ersetzt im stationären D-Arztverfahren (DAV), im Verletzungsartenverfahren (VAV) und im Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) den bisher verwendeten krankenhausindividuellen Entlassbrief.

Die neuen bzw. geänderten Berichte wurden in den Formtextbestand der DGUV übernommen, der über <http://www.dguv.de/formtexte/aerzte/index.jsp> abrufbar ist und werden - bis auf den Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung, der noch nicht elektronisch übermittelt werden kann - in DALE-UV (Datenaustausch mit Leistungserbringern in der gesetzlichen Unfallversicherung) zur Verfügung gestellt.

Für eine Übergangszeit von drei Monaten - also bis **30.09.2018** - können die bisherigen Berichtstexte zwar noch verwendet werden. Wenn irgend möglich, verwenden Sie aber bitte die neuen Texte.

Von den Änderungen sind folgende Berichtstexte für Durchgangsarzte/-ärztinnen betroffen:

F 1000 Durchgangsarztbericht: geändert

F 1002 Ergänzungsbericht Kopfverletzungen: geändert

F 1004 Ergänzungsbericht Knie: geändert

F 1006 Ergänzungsbericht Schulter: neu

F 1008 Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen: geändert

F 2100 Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung: entfällt

F 2100 Verlaufsbericht: neu

F 2102 Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung (DAV/VAV/SAV): neu

F 2106 Nachschaubericht bei allgemeiner Heilbehandlung: entfällt

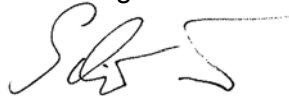
F 2222 Mitteilung D-Arzt Veränderungen besondere Heilbehandlung: geändert

Auch die neuen Berichtstexte sind weitgehend selbsterklärend. Muster der neuen Berichtstexte und Hinweise, die die wichtigsten Änderungen beschreiben, sind als Anlagen beigefügt.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne – auch auf telefonischem Wege - zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag



Schirmer
Stv. Geschäftsstellenleiter

Anlagen

Hinweise zu den neuen Formtexten für Ärztinnen und Ärzte ab 01.07.2018:

F 1000 Durchgangsarztbericht

Das Layout des Formularkopfes wurde im D-Bericht (und allen anderen Berichten) einheitlich und nach Möglichkeit übersichtlicher aktuellen Bedürfnissen angepasst. Die Geschlechterneutralität verlangt, statt „der Versicherte“ künftig den Begriff der „versicherten Person“ zu verwenden.

In der Zeile „Name“ wurde eine Trennung zwischen Nach- und Vornamen eingeführt, um hier eine eindeutige Differenzierung zu ermöglichen. Bei „Krankenkasse“ sind aus datenschutzrechtlichen Aspekten jetzt zusätzliche Ankreuzvarianten erforderlich, etwa die Bestätigung, dass bei Familienversicherten keine Kopie an die Krankenkasse versandt wird.

Aus den „Angaben der versicherten Person“ **(2)** wurde der „Unfallort“ herausgelöst. Angaben dazu fehlen in der bisherigen Berichtsfassung häufig und sind deshalb künftig in einem eigenen Feld zu vermerken.

Das Feld „Befund“ **(5)** unterscheidet jetzt zwischen den bei der Vorstellung vorgebrachten subjektiven „Beschwerden/Klagen“ **(5.1)** und den „klinischen Untersuchungsbefunden“ **(5.2)**. Statt lediglich nach dem „Röntgenergebnis“ wird nun nach dem „Ergebnis bildgebender Diagnostik“ **(6)** gefragt.

In einer gesonderten Spalte am rechten Rand ist bei Handverletzungen die Gebrauchshand rechts oder links zu kennzeichnen. Zusätzliche Ankreuzfelder erinnern an die ggf. erforderliche Beifügung der Ergänzungsberichte bei Kopf-, Knie- und – neu – Schulterverletzungen sowie Verbrennungen. Bei Polytrauma bzw. weiteren schweren Verletzungen ist hier zusätzlich der Injury Severity Score (ISS) zur Einordnung der Schwere der Verletzungen einzutragen.

Die AO-Klassifikation ist bei Frakturen unverändert zwingend anzugeben. Darauf wird jetzt in einem Hinweistext zum Feld „Erstdiagnose“ **(7)** ausdrücklich aufmerksam gemacht. Die Angabe des ICD 10 ist auch weiterhin freiwillig. Das entsprechende Feld ist deshalb nach wie vor kein Pflichtfeld. Trotzdem sollte an dieser Stelle nach Möglichkeit immer ein Eintrag vorgenommen werden. Ein Eintrag an dieser Stelle darf allerdings – wie bereits bisher – nicht dazu führen, dass der entsprechende Klartext des ICD-10-Schlüssels automatisiert als „Erstdiagnose“ **(7)** übernommen wird. Hier ist ausnahmslos ein Freitext einzutragen. Darauf und auf die Notwendigkeit, Änderungen und Konkretisierungen unverzüglich nachzumelden, wird ausdrücklich hingewiesen.

Die Fragen in den Textspalten zur „Art der Heilbehandlung“ **(11)** leiten jetzt eindeutiger durch die verschiedenen Heilbehandlungsarten (allgemeine und besondere Heilbehandlung, ambulant oder stationär) und stellen die Zuordnung der Verletzungen nach dem Verletzungsartenverzeichnis zum VAV oder SAV deutlich heraus.

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit **(13)** sind unverändert konkrete Daten anzugeben. Dies ist im Unterschied zur bisherigen Fassung nur dann entbehrlich, wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Monate andauert. Die zeitliche Reduzierung von bisher sechs auf jetzt drei Monate kommt den praktischen Erfordernissen sowohl aus ärztlicher als auch aus Verwaltungsperspektive besser nach.

Bei über einen bestimmten Zeitpunkt hinaus andauernder Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit wird in der Neufassung einheitlich von einer notwendigen „Wiedervorstellung“ **(15)** gesprochen. Der bisher verwendete Begriff der „Nachschau“ war den Fällen der allgemeinen Heilbehandlung vorbehalten.

Wird ein Beratungsbedarf durch das Reha-Management des UV-Trägers erkannt, so ist darauf jetzt im Feld „Bemerkungen“ **(16)** ebenso hinzuweisen, wie auf besondere Umstände oder Kontextfaktoren, die im Rahmen der weiteren Behandlung oder Betreuung maßgeblich sein können.

Ergänzungsberichte:

F 1002 (Kopfverletzungen), F 1004 (Knie), F 1008 (schwere Verbrennungen)

Die Ergänzungsberichte wurden aktuellen, zum Teil redaktionellen Erfordernissen angepasst und Formulierungen wurden konkretisiert.

Die Gebühr der Nr. 137 UV-GOÄ für den neuen Ergänzungsbericht „Knie“ wurde auf 25,00 EUR erhöht.

F 1006 Ergänzungsbericht Schulter

Insbesondere wegen der besonderen funktionellen Bedeutung des Schultergelenks, aber auch zur Unterstützung von Diagnostik und Therapie sowie der Dokumentation wurde der neue Ergänzungsbericht „Schulter“ konzipiert.

Der Bericht erhält die Formularnummer des bereits weggefallenen Ergänzungsberichts „Strom“ und ist nicht bei jeder einfachen Verletzung, sondern ausdrücklich nur bei Verdacht auf strukturellen Schulterschaden zu erstatten, dies ggf. auch im Behandlungsverlauf, dann jedoch so früh wie möglich.

Die Gebühr der Nr. 138 UV-GOÄ für den Ergänzungsbericht „Schulter“ beträgt 25,00 EUR.

F 2100 Verlaufsbericht

Der bisherige Nachschaubericht bei allgemeiner Heilbehandlung F 2106 und der bisherige Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung F 2100 wurden in der Praxis häufig verwechselt. Zudem gab es keine Möglichkeit, die Überleitung allgemeiner Heilbehandlung in besondere Heilbehandlung zu dokumentieren. Beide Berichtstexte werden jetzt in einem neuen Verlaufsbericht F 2100 zusammengefasst. Dabei wird künftig auf den Begriff „Nachschau“ verzichtet und stattdessen „Wiedervorstellung“ verwendet.

Zunächst wird der „Anlass der Berichterstattung“ abgefragt. Dabei wird nach Wiedervorstellung durch einen anderen Arzt, auf eigene Veranlassung oder auf Anforderung durch den UV-Träger differenziert. Wenn eine Übernahme in besondere Heilbehandlung erfolgt, sind das Datum der Übernahme und der Name des Arztes anzugeben. Besonderheiten im Heilverlauf sind hier ebenfalls zu dokumentieren, wobei auf eingetretene Komplikationen durch Markieren eines gesonderten Hinweises aufmerksam gemacht wird.

Bleibt es auch weiterhin bei allgemeiner Heilbehandlung, sind lediglich der aktuelle Befund und der bisherige Verlauf sowie etwaige Behandlungsvorschläge für den weiterbehandelnden (Haus)Arzt anzugeben. Wie beim bisherigen Nachschaubericht sind schließlich noch der Name des behandelnden Arztes sowie Hinweise zur Arbeitsfähigkeit einzutragen. Ist aus medizinischen Gründen eine weitere Wiedervorstellung erforderlich, ist hier der entsprechende Termin anzugeben. Selbstverständlich ist der Termin der versicherten Person auch bekanntzugeben.

In der allgemeinen Heilbehandlung endet die Berichterstattung an dieser Stelle. Bei Einleitung oder Fortführung besonderer Heilbehandlung beginnt anschließend die Berichterstattung mit Fragen zum Befund **(1)**, der Einordnung der Verletzungen nach dem Verletzungsartenverzeichnis **(2)**, Maßnahmen zur weiteren Diagnostik und Behandlung **(3)**, sowie von wem die Weiterbehandlung **(4)** durchgeführt wird. Die Frage nach Hinweisen für

eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung **(5)** ist aus dem bisherigen Zwischenbericht bekannt.

Auf Seite 2 schließen sich Fragen insbesondere zur Erforderlichkeit weiterer Reha-Maßnahmen **(7)** und zur Arbeitsfähigkeit **(9)** sowie zur beruflichen Wiedereingliederung **(10/11)** an. Bemerkungen und Hinweise zu besonderem Beratungsbedarf durch das Reha-Management des UV-Trägers oder besonderen Umständen und Kontextfaktoren, die für den weiteren Verlauf zu berücksichtigen sind**(12)**, schließen die Berichterstattung ab.

Für den Verlaufsbericht wird einheitlich die höhere Gebühr von 10,80 EUR für den bisherigen Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung nach Nr. 115 UV-GOÄ vergütet. Die Nr. 134 für den bisherigen Nachschaubericht (bei allgemeiner Heilbehandlung) entfällt.

F 2102 Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung (DAV/VAV/SAV)

Bisher konnte der Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung F 2100 auch als Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung verwendet werden, dies jedoch nur auf Anforderung durch den UV-Träger. Künftig verwenden alle am DAV, VAV und SAV beteiligten Krankenhäuser in jedem Fall den neuen einheitlichen Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung (DAV/VAV/SAV) F 2102.

An der Möglichkeit einer elektronischen Berichtsübermittlung wird zurzeit gearbeitet. Der Formtext steht jedoch ab sofort in der Datenbank der DGUV zur Verfügung. Sie können gerne unter <http://www.dguv.de/formtexte/aerzte/index.jsp> die Word-Datei herunterladen und als Muster verwenden. Vordrucke auf Papier können leider nicht zur Verfügung gestellt werden.

Bitte unterschreiben Sie den ausgefüllten Bericht im Feld „Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes“ und senden ihn in der erforderlichen Anzahl bis auf weiteres per Post oder verschlüsselte Mail an den zuständigen UV-Träger sowie ggf. an den weiterbehandelnden Arzt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen darf der Bericht nicht als unverschlüsselte Mail versandt werden.

Voraussichtlich im Laufe des Jahres wird es zusätzlich eine ausfüllbare pdf-Datei geben. Die jetzt in der Datenbank enthaltene pdf-Datei ist eher für reine Ansichtszwecke gedacht.

Der Entlassungsbericht ist vom Krankenhaus binnen drei Werktagen nach der Entlassung an den UV-Träger zu senden. Er wird mit 8,- € vergütet. Bei verspäteter Absendung entfällt der Anspruch auf die Berichtsgebühr. Die Gebühr soll im Zusammenhang mit der elektronischen Abrechnung der stationären Behandlung abgerechnet werden. Der dafür erforderliche Entgeltschlüssel wird noch eingerichtet.

Der einheitliche Entlassungsbericht gilt für alle Behandlungen mit stationärer Aufnahme ab 01.07.2018. Um die Umstellung auf das neue Verfahren zu unterstützen, wird jedoch für einen Übergangszeitraum bis zum 30.09.2018 auch noch der bisherige Entlassbrief akzeptiert. Ein Anspruch auf eine Berichtsgebühr besteht dann allerdings nicht.

Der neue Entlassungsbericht gilt ausschließlich für die stationäre Behandlung nach Arbeitsunfällen. Für Berufskrankheiten verbleibt es beim bisherigen Verfahren.

Der Bericht fragt in einem einführenden Block zunächst ab, ob es sich um die Erst- oder um eine Folgebehandlung handelt, ggf. aus welchem Grund eine Folgebehandlung erforderlich wurde. Zudem wird gefragt, ob die Entlassung nach Hause erfolgt, oder ob es sich um eine Verlegung handelt. Auch die Entlassung in ein Pflegeheim stellt in diesem Sinne eine Verlegung dar.

Der sich anschließende medizinische Fragenblock **(1.1. bis 1.9)** orientiert sich bewusst am Aufbau der üblichen Entlassbriefe. Bei der Diagnose **(1.1)** ist auch in diesem Bericht bei Frakturen zwingend die AO-Klassifikation einzutragen, anders als im D-Bericht allerdings nicht in einem gesonderten Feld. Anschließend werden insbesondere die durchgeführte Therapie **(1.3)**, noch einmal der Unfallhergang und die Anamnese **(1.4)** sowie Beschwerden und Klagen bei Aufnahme **(1.5)** mit den Aufnahmebefunden **(1.6)** abgefragt. Zusätzlich zur Schilderung des Behandlungsverlaufs **(1.7)** ist ggf. der OP-Bericht beizufügen. Die Entlassungsbefunde werden schließlich ergänzt durch Therapieempfehlungen einschließlich der Medikation und ggf. weiterer Diagnostik **(1.9)**.

Eine wichtige Frage ist die nach eingetretenen Komplikationen oder Verzögerungen im Heilverlauf **(2)**. Es schließen sich bereits bekannte Fragen nach der Einordnung zum Verletzungsartenverzeichnis **(3)**, nach Hinweisen für eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung **(5)**, zur Erforderlichkeit weiterer Reha-Maßnahmen **(6)** und zur Arbeitsfähigkeit **(8)** sowie zur beruflichen Wiedereingliederung **(9/10)** an. Bemerkungen und Hinweise zu besonderem Beratungsbedarf durch das Reha-Management des UV-Trägers oder besonderen Umständen und Kontextfaktoren, die für den weiteren Verlauf zu berücksichtigen sind **(11)**, schließen auch hier die Berichterstattung ab.

F 2222 Mitteilung Arbeitsfähigkeit/Abschluss besondere Heilbehandlung

Der Formtext konzentriert sich in der neuen Fassung auf den Behandlungsabschluss und trägt deshalb die Bezeichnung „Mitteilung Arbeitsfähigkeit/Abschluss besondere Heilbehandlung“. Er kann auch bei Abbruch der Heilbehandlung verwendet werden.

Durchgangsarztbericht

- UV-Träger -

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit						
Name der versicherten Person		Vorname		Geburtsdatum		Krankenkasse	Familierversichert		Name des Mitglieds			
							<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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 durchgangsarztlichen) Versorgung						4.2 Erstmalig ärztlich behandelt am						durch
5 Befund Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche Anzeichen? Blutentnahme? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja												
5.1 Beschwerden/Klagen												
Bei Handverletzung												
Gebrauchshand												
<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links												
5.2 Klinische Untersuchungsbefunde												
Ergänzungsbericht beigefügt wegen												
<input type="checkbox"/> Kopfverletzung												
<input type="checkbox"/> Knieverletzung												
<input type="checkbox"/> Schulterverletzung												
<input type="checkbox"/> Verbrennung												
Bei Polytrauma/weiteren schweren Verletzungen												
ISS												
6 Ergebnis bildgebender Diagnostik												
7 Erstdiagnose - Freitext - (Änderungen/Konkretisierungen unverzüglich nachmelden, bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.)												
AO-Klassifikation												
<input type="text"/>												
ICD 10												
<input type="text"/>												
8 Art der durchgangsarztlichen 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 Durchgangsarztberichts auszuhändigen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil												
11 Art der Heilbehandlung												
<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Stationär (besondere Heilbehandlung)				Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> VAV nach Ziffer <input type="checkbox"/> SAV nach Ziffer				<input type="checkbox"/> Es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil				
12 Weiterbehandlung erfolgt												
<input type="checkbox"/> durch mich												
<input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben												
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit						14 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?						
<input type="checkbox"/> Arbeitsfähig		<input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird						
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab		<input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig										
15 Wiedervorstellung ist erforderlich, sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte , am ; bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde der versicherten Person bekannt gegeben.												
16 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)												
Datum			Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes									

Name, Vorname: ,	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
---------------------	---------------	------------	----------

Weitere Ausführungen

Ergänzungsberichte nicht vergessen!

F 1002 Kopfverletzung
F 1004 Knieverletzung

F 1006 Schulterverletzung
F 1008 Schwere Verbrennung

Datenschutz: Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Mitteilung an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt

Sie erhalten meinen Bericht. Bitte stellen Sie die Patientin/den Patienten spätestens zum vorgesehenen Nachschautermin (siehe Nr. 15) wieder bei mir vor, wenn sie/er bis dahin nicht wieder arbeitsfähig oder noch behandlungsbedürftig ist.

Verteiler

Unfallversicherungsträger
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt
Eigenbedarf
Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei familienversicherten Personen

Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

Anlage zum D-Bericht Nr.:

Ergänzungsbericht - Kopfverletzungen -

Befunde									
		Am Unfallort		Bei Aufnahme		Im Verlauf max. 24 Std.			
Jahr:		Datum:							
		Zeit:							
		Erhoben von (z. B. Notarzt):							
1 Bewusstsein: (Glasgow-Coma-Scale)									
Augenöffnung	4 Spontan								
	3 Auf Ansprechen								
	2 Auf Schmerzreiz								
	1 Gar nicht								
Beste motorische Antwort	6 Befolgt Aufforderungen								
	5 Gezielte Schmerzabwehr								
	4 Normale Beugung								
	3 Abnormale Flexion								
	2 Strecken re./li./beidseits								
	1 Keine								
Beste verbale Antwort	5 Orientiert								
	4 Verwirrt								
	3 Wortsalat								
	2 Unverständliche Laute								
	1 Keine								
Summenpunktwert		Glasgow-Coma-Scale (GCS 3 - 15) (Bei Kindern: Zahlen von Kinder-Coma-Scale verwenden)							
2 Pupillen:									
Weite: (Zutreffende Zahl notieren)		Rechts		Links		Rechts		Links	
1 Normal – mittel									
2 Eng									
3 Weit, rund									
4 Weit, entrundet									
Reaktion: (Zutreffende Zahl notieren)		Rechts		Links		Rechts		Links	
1 Normal – rasch									
2 Träge									
3 Gar nicht									
3 Blutdruck:									
4 Puls:									
5 Atmung: (Zutreffende Zahl notieren)									
1 Spontan									
2 Intubiert									
6 Körpertemperatur:									
7 Sonstiges: (Alle zutreffenden Zahlen notieren)									
1 Nein									
2 Nackensteife									
3 Erbrechen									
4 Aspiration									
5 Krampfanfall									
6 Zusatzverletzung (Näheres unter Punkt 9 vermerken)									
8 Bes. Maßnahmen und Diagnostik: (z. B. EEG, Röntgen, CT, OP) (Ergebnisse unter 9 vermerken, sofern nicht im D-Bericht beschrieben)									
9 Ergänzungen:									

<p>10 Wichtige zusätzliche Angaben bei Aufnahme: (Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen):</p> <p>10.1 Erinnerungslücke durch Trauma</p> <p>10.2 Liquoraustritt</p> <p>10.3 Blutung im Bereich des Schädels</p> <p>10.4 Beschwerden (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerzen, Gefühlsstörungen, Lähmungserscheinungen u. a.):</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (nähere Angaben) <input type="checkbox"/> Nicht bekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo?</p>
<p>11 Diagnose(n): (SHT-Grad mit angeben)</p>	
<p>12 Behandlung(en):</p>	

Glasgow Coma Scale (Kinder)			
I a. Verbale Antwort 1. - 24. Lebensmonat		I b. Verbale Antwort > 24. Monat	
Fixiert, verfolgt, erkennt, lacht	5	Spricht verständlich, ist orientiert	5
Fixiert und verfolgt inkonstant, erkennt nicht sicher, lacht nicht situationsbedingt	4	Ist verwirrt, spricht unzusammenhängend, ist desorientiert	4
Nur zeitweise erweckbar, trinkt und isst nicht, Bedrohreflex (ab 4/12) nicht sicher auslösbar	3	Antwort inadäquat, Wortsalat	3
Ist motorisch unruhig, jedoch nicht erweckbar	2	Unverständliche Laute	2
Ist komatös, kein Kontakt zur Umwelt, keine visuell, akustisch oder sensorisch ausgelöste motorische Reizbeantwortung	1	Keine verbalen Äußerungen	1
II. Motorische Antwort		III. Augenöffnen	
Greift gezielt auf Aufforderung, befolgt andere motorische Aufforderungen prompt	6	Spontanes Augenöffnen	4
Gezielte Abwehr eines Schmerzreizes möglich	5	Augenöffnen auf Ansprechen	3
Ungezielte Beugebewegungen auf Schmerzreize	4	Augenöffnen auf Schmerzreiz	2
Ungezielte Beugebewegungen auf Schmerzreize an den Armen, Strecktendenz an den Beinen	3	Kein Augenöffnen	1
Extension aller vier Extremitäten auf Schmerzreize	2		
Keine motorische Antwort auf Schmerzreize	1		
		Summe aus I a/ I b + II + III =	

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes

Sie erhalten eine Gebühr nach Nr. 136 UV-GOÄ

Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

Anlage zum D-Bericht Nr.:

oder Anlage zum Verlaufsbericht vom:

Ergänzungsbericht - Knie -

Rechts Links

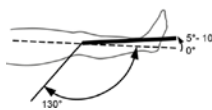
Nur bei Verdacht auf Kniebinnenschaden, ggf. auch im Behandlungsverlauf.

1 Unfallhergang, sofern nicht im D-Bericht beschrieben:

Möglichst wörtliche Wiedergabe der Schilderung. Unklare Angaben (z. B. Um- oder Einknicken) bitte erläutern.

1.1	Kam es zu einer direkten Gewalteinwirkung, ggf. wie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
1.2	Kam es zu einer indirekten Gewalteinwirkung, ggf. wie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
1.3	War einer der Gelenkpartner im Rahmen des Unfallgeschehens fixiert, ggf. welcher und wodurch?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
2	Verhalten nach dem Ereignis:		
2.1	Als Unfall dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin gemeldet	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, am
2.2	Zeitpunkt der Arbeitseinstellung	<input type="checkbox"/> Sofort	<input type="checkbox"/> Später, am
2.3	Noch selbstständig gehfähig	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
3	Beschwerden:	<input type="checkbox"/> Sofort	<input type="checkbox"/> Später, am
		Welche:	
4	Frühere Behandlungsbedürftigkeit, weitere Erkrankungen oder Verletzungen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?
4.1	An dem geschädigten Knie		
4.2	An dem betroffenen Bein		
4.3	An anderen Gelenken (auch Gegenseite)		
4.4	Allgemeinerkrankungen, die auf die Beschwerden Einfluss gehabt haben können		
5	Sportliche Betätigung: (Auch gelegentliche Freizeit-Sporttätigkeit erfragen) Ggf. welche und wie lange?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?
6	Berufliche Betätigung:		
6.1	Kniebelastende Tätigkeit, ggf. wodurch und wie lange?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wodurch und wie lange?
7	Befund:		
7.1	Äußere Verletzungszeichen (Hautdruckmarken, Hautabschürfungen, Wunden)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wo?
7.2	Blutergussverfärbung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> frisch <input type="checkbox"/> älter <input type="checkbox"/> abklingend
7.3	Weichteilschwellung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wo?
7.4	Kapselverdickung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wo?
7.5	Schleimbeutelbeteiligung, ggf. wo und welcher Art?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wo und welcher Art?

7.6 Grobe Prüfung der Hautwärme	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Erhöht						
7.7 Druckempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo?						
7.8 Bandapparat: Innenbandführung Außenbandführung Schubladenzeichen Schublade Ergebnisse weiterer klinischer Tests zur Bandinstabilität Bandführung der Gegenseite	Gelockert: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> 3-5 mm <input type="checkbox"/> 6-10 mm <input type="checkbox"/> > 10 mm <input type="checkbox"/> Vordere <input type="checkbox"/> Hintere <input type="checkbox"/> Nicht prüfbar, weil <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Verändert, wie? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?						
7.9 Zeichen für Meniskusbeteiligung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?						
7.10 Gelenkgeräusche: Knirschen/Knacken/Reiben	Rechts: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Links: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:						
7.11 Bewegungsmaße – Kniegelenk Streckung/Beugung (Abb.)	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Bds. gleich stark <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></table> </div> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></table> </div> </div>						
7.12 Umfangmaße: Oberschenkel 20 cm oberhalb inn. Kniegelenkspalt Oberschenkel 10 cm oberhalb inn. Kniegelenkspalt Kniescheibenmitte	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">cm:</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">cm:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">cm:</td> <td style="text-align: center;">cm:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">cm:</td> <td style="text-align: center;">cm:</td> </tr> </table>	cm:	cm:	cm:	cm:	cm:	cm:
cm:	cm:						
cm:	cm:						
cm:	cm:						
7.13 Gelenkguss: Punktion	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Menge: ml						
Beschaffenheit des Punktats Bakteriologisch-mikroskopische Untersuchung veranlasst	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Ergebnis nachliefern)						
7.14 Laborchemische Entzündungsparameter (z. B. CRP)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Ergebnis: (ggf. nachliefern)						
8 Bildgebende Diagnostik, soweit nicht im D-Arztbericht beschrieben (Nicht nur knöcherne Verletzungszeichen, sondern auch krankhafte Veränderungen oder Anomalien beschreiben):							
9 Diagnose:							
10 Behandlung bzw. Behandlungsvorschläge:							
11 Sind zur Klärung der Diagnose oder des ursächlichen Zusammenhanges noch weitere Maßnahmen erforderlich (z. B. Kernspintomografie, weitere Laborleistungen)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?						
12 Welche Unterlagen sind noch zu beschaffen?							



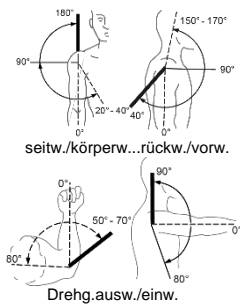
Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes

Sie erhalten eine Gebühr nach Nr. 137 UV-GOÄ

<p>7.4 Grobe Prüfung der Hautwärme</p> <p>7.5 Druckempfindlichkeit</p> <p>7.6 Funktionstestung rechts (Art und Ergebnis) Funktionstestung links (Art und Ergebnis)</p> <p>7.7 Stabilitätstestung rechts (Art und Ergebnis) Stabilitätstestung links (Art und Ergebnis)</p> <p>7.8 Klinische Zeichen für Rotatorenmanschettschädigung (z. B. Drop-Arm-Sign)</p> <p>7.9 Gelenkgeräusche: Knirschen/Knacken/Reiben</p> <p>7.10 Bewegungsmaße – aktiv Retroversion – Anteversion Abduktion – Adduktion Außen – Innenrotation bei anliegendem Arm</p> <p>7.11 Bewegungsmaße – passiv Retroversion – Anteversion Abduktion – Adduktion Außen – Innenrotation bei anliegendem Arm</p> <p>7.12 Symmetrie der Schulter (z. B. Muskelausprägung, Geradstand)</p> <p>7.13 Anzeichen für Nervenschaden</p> <p>7.14 Laborchemische Entzündungsparameter (z. B. CRP)</p>	<p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Erhöht</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?</p> <p style="text-align: center;">Rechts:</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Bds. gleich stark</p> <p style="text-align: center;">Links:</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Ergebnis: (ggf. nachliefern)</p>								
<p>8 Bildgebende Diagnostik, soweit nicht im D-Arztbericht beschrieben (Nicht nur knöcherne Verletzungszeichen, sondern auch krankhafte Veränderungen oder Anomalien beschreiben):</p>									
<p>9 Diagnose:</p>									
<p>10 Behandlung bzw. Behandlungsvorschläge:</p>									
<p>11 Sind zur Klärung der Diagnose oder des ursächlichen Zusammenhanges noch weitere Maßnahmen erforderlich (z. B. Kernspintomografie, weitere Laborleistungen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?</p>								
<p>12 Welche Unterlagen sind noch zu beschaffen?</p>									



Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes

Sie erhalten eine Gebühr nach Nr. 138 UV-GOÄ

Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

Anlage zum D-Bericht Nr.:

Ergänzungsbericht – schwere Verbrennungen -

Verbrennung	1 Jahr	1 bis 4 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 Jahre	Erwach-sene	2°-A*)	2°-B*)	3°*)	4°*)
Kopf	19	17	13	11	9	7				
Hals	2	2	2	2	2	2				
Rumpf (vorn)	13	13	13	13	13	13				
Rumpf (hinten)	13	13	13	13	13	13				
Rechte Gesäßhälfte	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½				
Linke Gesäßhälfte	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½				
Genitalien	1	1	1	1	1	1				
Rechter Oberarm	4	4	4	4	4	4				
Linker Oberarm	4	4	4	4	4	4				
Rechter Unterarm	3	3	3	3	3	3				
Linker Unterarm	3	3	3	3	3	3				
Rechte Hand	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½				
Linke Hand	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½				
Rechter Oberschenkel	5 ½	6 ½	8	8 ½	9	9 ½				
Linker Oberschenkel	5 ½	6 ½	8	8 ½	9	9 ½				
Rechter Unterschenkel	5	5	5 ½	6	6 ½	7				
Linker Unterschenkel	5	5	5 ½	6	6 ½	7				
Rechter Fuß	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½				
Linker Fuß	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½				
Summe:										
Gesamtverbrennung:										

*) Ausmaß und Schweregrad der Verbrennungen in entsprechende Spalte eintragen.

ABSI-Score

Parameter	Punkte	Summe Punkte	% verbrannte KOF	Punkte	Summe Punkte
					Übertrag:
Mann	0		1- 10	1	
Frau	1		11- 20	2	
Alter:			21- 30	3	
0-20	1		31- 40	4	
21-40	2		41- 50	5	
41-60	3		51- 60	6	
61-80	4		61- 70	7	
> 80	5		71- 80	8	
Inhal. Trauma	1		81- 90	9	
Drittgradige	1		91-100	10	
Übertrag:			Gesamtpunktzahl:		

Gesamtpunktzahl	Sterbewahrscheinlichkeit
2 - 3	< 1 %
4 - 5	2 %
6 - 7	10-20 %
8 - 9	30-50 %
10 -11	60-80 %

Datenschutz:

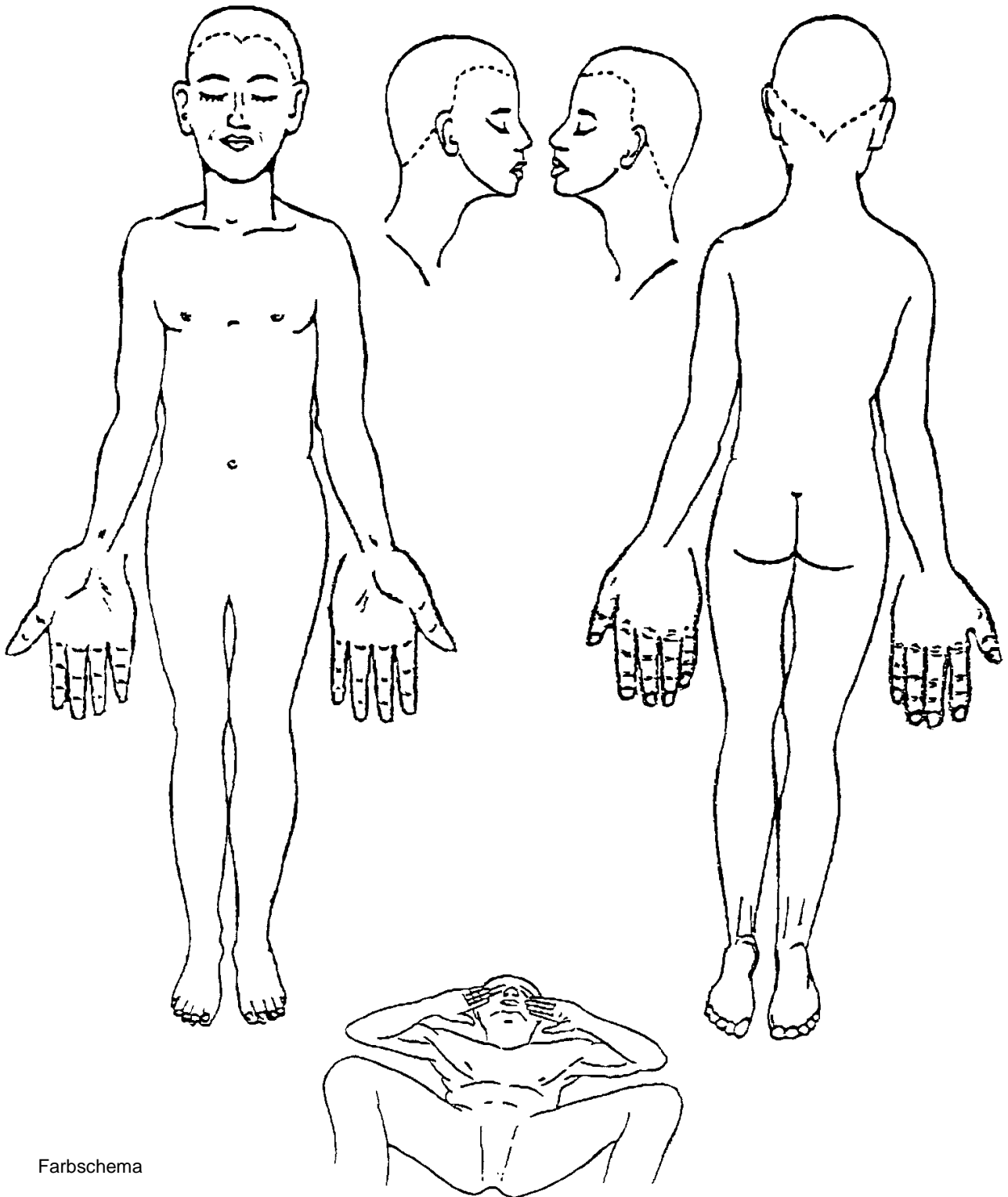
Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum Name und Anschrift der Durchgangsjrztin/des Durchgangsarztes

Sie erhalten eine Gebuhr nach Nr. 139 UV-GOÄ

Name, Vorname:

Beiblatt schwere Verbrennungen am



Farbschema

- 2°-A = blau*)
- 2°-B = blau-rot-gestreift
- 3° = rot*)
- 4° = schwarz*)
- *) in Skizze eintragen

Verlaufsbericht

– UV-Träger –

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit		
Name der versicherten Person		Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	Familienversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine Kopie an Kasse		Name des Mitglieds	
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)

Unfalltag

Anlass der Berichterstattung

- Wiedervorstellung durch andere Ärztin/anderen Arzt Wiedervorstellung auf eigene Veranlassung Anforderung durch UV-Träger
- Übernahme in besondere Heilbehandlung ab _____ durch _____
- Besonderheiten im Heilverlauf (§ 16 ÄV, auch während stationärer Behandlung):
- Es sind Komplikationen eingetreten
- Hinweise zur beruflichen Wiedereingliederung (§ 17 ÄV)

Allgemeine Heilbehandlung

Aktueller Befund und bisheriger Verlauf/ggf. Behandlungsvorschlag

- Die versicherte Person verbleibt in allgemeiner Heilbehandlung bei _____ und ist
- arbeitsfähig arbeitsunfähig voraussichtlich bis _____

Erneute Wiedervorstellung ist aus medizinischen Gründen erforderlich am _____, sofern dann noch Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte; bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde der versicherten Person bekannt gegeben.

Nur bei Einleitung oder Fortführung besonderer Heilbehandlung ab hier weiter mit Punkt 1:

Besondere Heilbehandlung

1 Befund

1.1 Aktuelle Beschwerden/Klagen

1.2 Behandlungsverlauf (auch während stationärer Behandlung, ggf. OP-Bericht per Post nachsenden)

1.3 Aktuelle klinische Untersuchungsbefunde

1.4 Ergebnis zusätzlicher bildgebender Diagnostik

1.5 Aktuelle Diagnose/Konkretisierungen der bisherigen Diagnose - **Freitext** -

AO-Klassifikation

ICD 10

2 Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?

- Nein
- Ja
- VAV nach Ziffer
- SAV nach Ziffer

3 Sind weitere Maßnahmen zur Diagnostik und Heilbehandlung vorgesehen?

- Nein Ja, welche?

4 Weiterbehandlung erfolgt

- durch mich
- durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben

5 Gibt es Hinweise für eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung?

- Nein Ja, welche?

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

6 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls oder für den Heilverlauf von Bedeutung sein können, soweit nicht bereits im Durchgangsarztbericht beschrieben

7 Sind Reha-Maßnahmen erforderlich (z. B. Physiotherapie, EAP, ABMR, BGSW)?
 Nein Ja , ab _____ Wo? _____

8 Sind besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Schuhversorgung, Hilfsmittel) erforderlich?
 Nein Ja, welche? _____

9 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit
Die versicherte Person ist weiter arbeitsfähig
 weiter arbeitsunfähig voraussichtlich bis _____
Die Behandlung ist voraussichtlich abgeschlossen am: _____

10 Bestehen Bedenken, dass die versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit dauerhaft wieder ausüben kann?
 Nein Ja, weil _____
 Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil _____

11 Ist eine stufenweise Wiedereingliederung (Belastungserprobung) erforderlich?
 Nein Ja, voraussichtlich ab _____

12 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum	Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes
-------	--

Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Nr. 115 UV-GOÄ.

Mitteilung an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt bei allgemeiner Heilbehandlung

Sie erhalten meinen Bericht. Bitte stellen Sie die Patientin/den Patienten spätestens zum vorgesehenen Termin wieder bei mir vor, wenn sie/er bis dahin nicht wieder arbeitsfähig oder noch behandlungsbedürftig ist.

Verteiler

Unfallversicherungsträger
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt bei allgemeiner Heilbehandlung
Eigenbedarf

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

4 Weiterbehandlung erfolgt
 durch mich
 durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben

5 Gibt es Hinweise für eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung?
 Nein Ja, welche?
Wurden deshalb Maßnahmen veranlasst?
 Nein Ja, welche?

6 Sind Reha-Maßnahmen erforderlich (z. B. Physiotherapie, EAP, ABMR, BGSW)?
 Nein Ja, ab _____, Wo? _____
Wurden Verordnungen ausgestellt? Nein Ja, welche?

7 Sind besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Schuhversorgung, Verordnung von Hilfsmitteln, Schulbeförderung) erforderlich?
 Nein Ja, welche?
Wurden Verordnungen ausgestellt? Nein Ja, welche?

8 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit
Die versicherte Person ist arbeitsfähig ab Tag nach Entlassung
 weiter arbeitsunfähig, voraussichtlich arbeitsfähig ab: _____

9 Bestehen Bedenken, dass die versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit dauerhaft wieder ausüben kann?
 Nein Ja, weil _____
 Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil _____

10 Ist eine stufenweise Wiedereingliederung (Belastungserprobung) erforderlich?
 Nein Ja, voraussichtlich ab _____
 Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil _____

11 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Schul- und Schulsporfähigkeit, Kontextfaktoren, besondere Umstände)

Datenschutz:
Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum	Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes
-------	--

Verteiler
Unfallversicherungsträger
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt
Eigenbedarf

Mitteilung Arbeitsfähigkeit/ Abschluss besondere Heilbehandlung

– UV-Träger –

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit		
Name der versicherten Person		Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	Familienversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine Kopie an Kasse		Name des Mitglieds	
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)								
Unfalltag								
1 Die versicherte Person ist <input type="checkbox"/> arbeitsfähig ab (Bei Schülerinnen und Schülern bitte auf die Möglichkeit des Schulbesuchs abstellen.)								
2 Ärztliche Behandlung ist 2.1 <input type="checkbox"/> zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung ab nicht mehr erforderlich. 2.2 weiterhin erforderlich <input type="checkbox"/> durch mich <input type="checkbox"/> durch Name und Anschrift der behandelnden D-Ärztin/des behandelnden D-Arztes <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Weitere Hinweise für den Unfallversicherungsträger:								

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes

Verteiler

Unfallversicherungsträger
Eigenbedarf