

Handchirurgischer Bericht

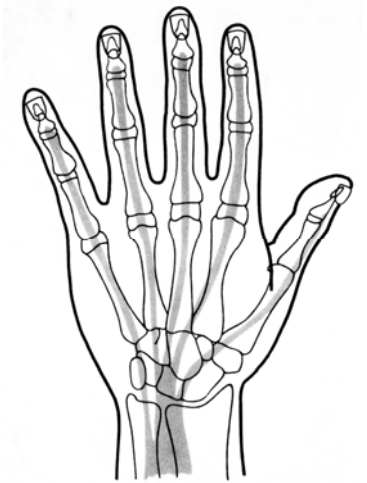
(Nur zu verwenden von Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 Ärztevertrag,
die nicht D-Arzt sind)

- UV-Träger -

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger		Eingetroffen am		Uhrzeit		
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)		
Beschäftigt als		Seit		Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen		
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)						
Vollständige Anschrift des Versicherten			Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht	
1 Unfalltag	Uhrzeit	Beginn der Arbeitszeit	Uhr	Ende der Arbeitszeit	Uhr	
2 Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist						
3 Verhalten des Versicherten nach dem Unfall						
4.1 Art der ersten (nicht handchirurgischen) Versorgung			4.2 Erstmals 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	
6 Röntgenergebnis						
7 Erstdiagnose (Änderungen/Konkretisierungen <u>unverzüglich</u> nachmelden)						
8 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können						
9 Sprechen Hergang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls? *						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
* Wenn ja, ist keine Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung durchzuführen und dem Versicherten eine Kopie des Berichts auszuhändigen.						
10 Art der Versorgung (durch den Handchirurgen)						
11 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird?						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil						
12 Art der Heilbehandlung						
<input type="checkbox"/> allgemeine Heilbehandlung, weil keine Verletzung nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses vorliegt		<input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung, weil eine Verletzung nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses vorliegt (siehe Auszug aus den „Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis“ - i. d. Fassung vom 01.08.2007 -)		<input type="checkbox"/> es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil		
<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt		<input type="checkbox"/> ambulant		<input type="checkbox"/> stationär		
<input type="checkbox"/> durch mich						
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit			14 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten 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 6 Monate arbeitsunfähig					
15 Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des weiterbehandelnden Krankenhauses						
Datum		Unterschrift des Arztes		Anschrift/Stempel des Arztes		

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



Linke Hand außen



Rechte Hand außen

L

Bitte hier zusätzlich Verletzungs-/
Amputationsstelle einzeichnen.

R



Linke Hand innen



Rechte Hand innen

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

Schwere Verletzungen der Hand nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses

(siehe Auszug aus den „Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis“ - in der Fassung vom 1. August 2007 -)

Amputationsverletzungen

(ausgenommen Fingerendglied) einschließlich Endgliedverletzungen des Daumens.

Stark verschobene und/oder gelenkbeteiligende und/oder mehrfache Brüche der Mittelhandknochen und/oder der Langfinger, am ersten Mittelhandknochen in jeder Form.

Kahnbeinbrüche, verschobene Brüche der Handwurzel auch mit fraglicher Operationsbedürftigkeit, Bandverletzungen der Handwurzel mit offensichtlicher oder fraglicher Instabilität.

Verletzungen der Stammnerven (Nervus medianus, Nervus ulnaris, Ramus superficialis Nervus radialis) und von funktionell bedeutsamen Fingernerven (z. B. in der Greifzone des Daumens und/oder des Zeigefingers sowie der Außenseite des Kleinfingers) – auch am Unterarm.

Gefäßverletzungen im Bereich der Hand mit akuten oder drohenden Ernährungsstörungen, auch bei fraglicher Operationsbedürftigkeit – auch am Unterarm.

Beugesehnenverletzungen und Verletzungen mehrerer Strecksehnen – auch am Unterarm.

Nur in diesen Fällen kann besondere Heilbehandlung eingeleitet und durchgeführt werden.

Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Nr. 140 UV-GOÄ. Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

Verteiler

Unfallversicherungsträger

Eigenbedarf

Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei Familienversicherten