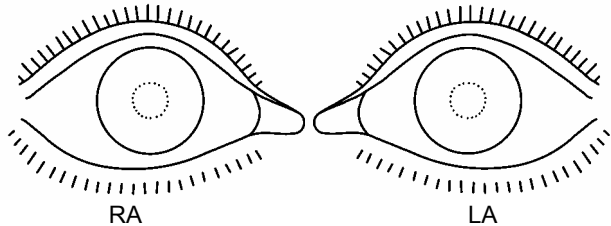


# Augenarztbericht

- 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 <input type="checkbox"/> bei nicht ausreichendem Platz, hier ankreuzen					
3 Verhalten des Versicherten nach dem Unfall					
4.1 Art der ersten Versorgung			4.2 Erstmalig behandelt am		
			durch		
5 Befund			5.1 Unfallbedingte Defekte und Krankheitszeichen:		
					
5.2 Sehschärfe (fern)			<input type="checkbox"/> bei nicht ausreichendem Platz, hier ankreuzen		
ohne Korrektur	R	_____	L	_____	Refraktion:
mit Korrektur	R	_____	L	_____	dpt sph. _____ dpt. cyl. _____ Achse _____
					dpt sph. _____ dpt. cyl. _____ Achse _____
6 Erstdiagnose (Änderungen/Konkretisierungen <u>unverzüglich</u> nachmelden) <input type="checkbox"/> bei nicht ausreichendem Platz, hier ankreuzen				ICD 10	
				ICPM	
7 Art der etwaigen Erstversorgung durch den Augenarzt:					
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, weil				
* Wenn ja, ist keine Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung durchzuführen und dem Versicherten eine Kopie des Augenarztberichts auszuhändigen.					
10 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit					
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig.	<input type="checkbox"/> voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab:				
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig ab:	<input type="checkbox"/> voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig				
11 Art der Heilbehandlung					
<input type="checkbox"/> allgemeine Heilbehandlung	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> durch mich	<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt	
<input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-/H-Arzt (bitte genaue Anschrift angeben)					
12 Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des weiterbehandelnden Krankenhauses					
Datum	Unterschrift des Augenarztes		Anschrift/Stempel 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	<b>Besondere Kosten</b>
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	<u>EUR</u>	

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK - Bankverbindung -

**Verteiler**  
Unfallversicherungsträger  
Behandelnder Arzt  
Eigenbedarf  
Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei Familienversicherten