

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom:  
Unser Zeichen:  
Ihr Ansprechpartner:  
Telefon:  
Fax:  
E-Mail:

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

## Auskunft Kopfverletzung

### 1 Angaben zur Erstbehandlung bei Ihnen:

Datum:                      Uhrzeit:                      Untersuchungsort:    Praxis       Unfallort       Wohnung

### 2 Angaben von Unfallzeugen

2.1 zum Unfallhergang:

2.2 zum Verhalten des Versicherten unmittelbar nach dem Unfall:

### 3 Angaben des Versicherten

3.1 zum Unfallhergang:

3.2 Bewusstlosigkeit       nein       ja; Dauer:

3.3 Erbrechen               nein       ja

### 4 Beschwerden zum Zeitpunkt Ihrer ersten Inanspruchnahme

4.1 Kopfschmerz             nein       ja

4.2 Übelkeit                  nein       ja

4.3 Schwindel                nein       ja

4.4

### 5 Zustand des Versicherten bei Ihrer ersten Inanspruchnahme

5.1 bewusstlos               nein       ja; Dauer:

5.2 ansprechbar              nein       ja; Dauer:

5.3 unruhig/verwirrt         nein       ja; Dauer:

5.4 Erinnerungslücke       nein       ja; Dauer:

...

- 5.5 psychische Störungen  nein  ja; welche?
- 5.6 Lähmungen  nein  ja; welche?
- 5.7 Reflex-Differenzen  nein  ja; welche?
- 5.8 Sprachstörungen  nein  ja; welche?
- 5.9 Erbrechen  nein  ja
- 5.10 Atemstörungen  nein  ja
- 5.11 Puls /min.
- 5.12 RR mm Hg
- 5.13 Alkohol-Einfluss  nein  ja
- 5.14 Schäden an  Augen  HNO  Zähnen:
- 5.15 andere Schäden:

6 **Wurden weitere Ärzte hinzugezogen?** (ggf. bitte Anschrift angeben)

- 6.1 Neurologe:
- 6.2 Augenarzt:
- 6.3 HNO-Arzt:
- 6.4 Zahnarzt:
- 6.5 Andere:

7 **Neurotechnische und andere Befunde** (Röntgen, CT, MRT, Echo, EEG, Liquor, EMG, ...) **ggf. bitte beifügen.**

8 **Sind unfallunabhängige Krankheiten, insbesondere des Zentralnervensystems bekannt, die für die Beurteilung des Versicherungsfalls von Bedeutung sein können?**

- nein  ja; welche?

Anschrift des Arztes, der Auskunft erteilen kann:

9 **Bisheriger Verlauf unter Angaben etwaiger Komplikationen:**

10 **Dauer der Behandlung**

- 10.1 abgeschlossen am:
- 10.2 voraussichtlich weiter bis:

11 **Dauer der Arbeitsunfähigkeit**

- 11.1 vom: bis:
- 11.2 voraussichtlich weiter bis:

12 **Halten Sie Rehabilitationsmaßnahmen für angezeigt?**

- nein  ja; welche?

**Datenschutz:**

Sofern die Behandlung noch andauert, habe ich die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

<b>Institutionskennzeichen (IK)</b> Falls kein IK - Bankverbindung -
---

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 111) und Auslagen nach der UV-GOÄ