

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

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

## Auskunft Komplikationen Gliedmaßenverletzung

1 **Erste** ärztliche Inanspruchnahme:

Datum:

Uhrzeit:

2 **Unfallhergang:**

2.1 **Verletzung** (Erstbefund):

2.2 **Befunde:**

(Röntgen, CT, MRT - falls durchgeführt -)

3 Sind Knochen, Bänder, Sehnen, Nerven, größere oder wichtige Gefäße, Muskelpartien verletzt, Gelenke oder Sehnnenscheiden eröffnet?  
Wenn ja, welche?

4 **Diagnose:**

...

5 Liegen größere Haut- oder Gewebeschädigungen vor?  
Wenn ja, wo?

6 Ist eine **Infektion** eingetreten?  
Wenn ja, wo und wie äußert sie sich (Allgemeinzustand, Fieber, erhebliche Schmerzhaftigkeit usw.)?

6.1 Welche Körperteile sind von der Infektion betroffen (besonders: Gelenke, Sehnenscheiden)?

7 **Behandlung und Heilverlauf:**  
(insbesondere auch Komplikationen)

8 **Dauer der Behandlung**

8.1 abgeschlossen am:

8.2 voraussichtlich weiter bis:

9 **Dauer der Arbeitsunfähigkeit**

9.1 vom: bis:

9.2 voraussichtlich weiter bis:

**Datenschutz:**

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

---

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

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

**Institutionskennzeichen (IK)**

Falls kein IK - Bankverbindung -

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 113) und Auslagen nach der UV-GOÄ