

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

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

Auskunft Verbrennung

1 **Erste** ärztliche Inanspruchnahme:

Datum:

Uhrzeit:

2 **Unfallhergang:**

2.1 **Verletzung** (Erstbefund):

3 Ort und Ausdehnung der Verbrennung:

...

4 Grad der Verbrennung (Rötung, Blasenbildung, Schorfbildung, Verkohlung)?

5 Beteiligung der Beine? nein ja

5.1 Bestehen Krampfadern? nein ja

Wenn ja, an welchen Stellen und in welcher Ausdehnung?
(- An beiden Beinen? In gleichem Maße? Oder an welchem Bein stärker? -)

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

7 **Dauer der Behandlung**

7.1 abgeschlossen am:

7.2 voraussichtlich weiter bis:

8 **Dauer der Arbeitsunfähigkeit**

8.1 vom: bis:

8.2 voraussichtlich weiter bis:

Datenschutz:

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

Ort, Datum

Institutionskennzeichen (IK)

Unterschrift und Stempel

Falls kein IK - Bankverbindung -

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 112) und Auslagen nach der UV-GOÄ