

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

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

Ausführliche Auskunft Augen

1 Wann nahm der Versicherte Ihre ärztliche Hilfe **erstmalig** in Anspruch?
Datum: Uhrzeit:

2 Angaben bei der **ersten** Untersuchung

2.1 über Tag und Stunde des Unfalls:

2.2 über den Hergang des Unfalls:

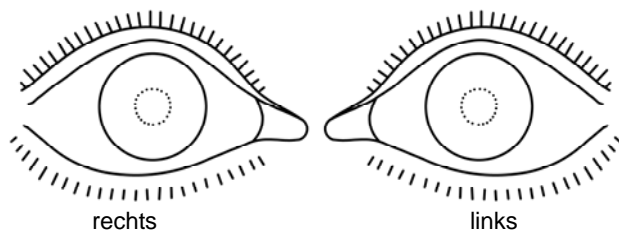
2.3 über die Tätigkeit, bei der sich der Unfall ereignet haben soll:

3 Bestehen Bedenken gegen die Richtigkeit der Angaben?
Welche?

4 Wurde der Versicherte anlässlich des Unfalls **vorher** schon ärztlich behandelt?
Von wem?

...

- 5 Ausführliche Schilderung des **Befundes** bei der ersten ärztlichen Untersuchung:
- 5.1 Objektiv erkennbare Krankheitserscheinungen (bei Metallsplintern im Auge das Ergebnis des Magnetversuchs; auf Leiden der tränenabführenden Wege besonders achten)



- 5.2 Untersuchungsergebnis des Sehvermögens (auch das unverletzte Auge prüfen):

Sehschärfe nach DIN 58220

ohne Korrektur	R			
	L			
	beidäugige Gesamtsehschärfe			
fern	R	dpt sph. ☺	dpt cyl.	Achse
	L	dpt sph. ☺	dpt cyl.	Achse
	beidäugige Gesamtsehschärfe			
mit Korrektur	R	dpt sph. ☺	dpt cyl.	Achse
nah	L	dpt sph. ☺	dpt cyl.	Achse
	beidäugige Gesamtsehschärfe			

- 5.3 Sonstige Abweichungen vom normalen Sehen (Gesichtsfeld - Bestimmung ausschließlich mit einer manuell-kinetischen Methode und einer Markengröße entsprechend Goldmann III/4, ausgenommen Vergleichsuntersuchungen - usw.):

5.4 **Diagnose**, wenn einwandfrei zu stellen:

6.1 Muss das verletzte Auge entfernt werden?

6.2 Wird am verletzten Auge voraussichtlich ein Schaden zurückbleiben?
Welcher?

7 Sind die unter 5.1 - 5.3 beschriebenen Krankheitserscheinungen sämtlich und lediglich als Folgen des unter 2 angegebenen Unfalls anzusehen?

8 Welche Veränderungen sind nicht Folgen des Unfalls? (Genaue Bezeichnung der Veränderungen und Angabe der Diagnose dieses Krankheitsbildes.)

9 Art der Behandlung:

10.1 Wurde zur Klärung der Diagnose oder zur Feststellung des Behandlungsplanes ein Augenfacharzt zugezogen?

10.2 Welcher?

10.3 Die Hinzuziehung eines Augenfacharztes zur Beratung oder Behandlung konnte unterbleiben, weil

11 Bisheriger Heilverlauf unter Angabe etwaiger Heilkomplikationen (hier sind auch solche Komplikationen anzugeben, die auf das Verhalten des Versicherten zurückzuführen sind):

12 Sofern die Korrektur mit Kontaktlinse erfolgt: Bestehen objektive Gründe für die Unverträglichkeit einer Kontaktlinse?

13 Wann wurde die Behandlung abgeschlossen?
Oder
wie lange dauert sie voraussichtlich noch?

14 Von wann bis wann bestand Arbeitsunfähigkeit?
Oder
wie lange dauert sie voraussichtlich noch?

Datenschutz:

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

Ort, Datum

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK - Bankverbindung -

Unterschrift und Stempel

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 120) und Auslagen nach der UV-GOÄ