

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

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

Bericht neurologischer Befund

1 Untersuchung

1.1 am um wo (Praxis/Krankenhaus)

2 Angaben des Versicherten (nur aus eigenem Wissen)

2.1 zum Unfall und anschließendem Verlauf

2.2 Beschwerden

2.3 Frühere Erkrankungen oder Verletzungen des Nervensystems

3 Fremdanamnestic Angaben

(z. B. initiale Bewusstseinsstörung, Krämpfe, Blutungen, Liquorfluss, Erbrechen)

...

4 **Neurologischer Befund**

4.1 Schädel, Wirbelsäule, Extremitäten

4.2 Hirnnerven

4.3 Motorik, Reflexe

4.4 Koordination

4.5 Sensibilität

4.6 Vegetativum (u. a. Blase, Mastdarm, RR, P)

4.7 Neuropsychologischer Befund (u. a. Aphasie)

4.8 Verlauf: rückläufig gleich bleibend zunehmend entfällt

5 **Psychischer Befund**

5.1 Bewusstlosigkeit: nein ja Sek. Min. Std. Tage andauernd

Bewusstseinstörung: nein ja Sek. Min. Std. Tage andauernd

Orientierungsstörung: nein ja Sek. Min. Std. Tage andauernd

5.2 Erinnerungslücke: nein ja Sek. Min. Std. Tage andauernd

5.3 Gegenwärtiger psychischer Befund

5.4 Grad der psychischen Funktionsstörungen: leicht mittel schwer

5.5 Verlauf: rückläufig gleich bleibend zunehmend entfällt

6 **Neurotechnische Befunde** (EEG, Echo, Doppler-Sonographie, Reizstromdiagnostik, EMG, Liquor, Röntgen-Aufnahmen, Angiographie, Szintigraphie, Computertomographie)

7 **Vorläufige Diagnose**

8 **Empfehlungen**

8.1 Diagnostik

8.2 Therapie

8.3 Rehabilitation

8.4 Nachuntersuchung neurologischerseits: nein ja, wann

9 **Arbeitsunfähigkeit neurologischerseits:** nein ja, Dauer

10 **Besondere Bemerkungen**

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. 123) und Auslagen nach der UV-GOÄ

Verteiler

D-Arzt

H-Arzt