Zwischenbericht (bei besonderer Heilbehandlung) - UV-Träger -

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger		Aktenzeichen des UV-Trägers	Tag der Nachuntersuchung
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds)	
Beschäftigt als	Seit	Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen	
Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort			
Unfalltag			

1 Aktueller Befund und bisheriger Verlauf (auch Änderungen/Konkretisierungen der bisherigen Diagnose)

ICD 10

ICPM

AO-Klassifikation

2 Seit der letzten Berichterstattung aufgetretene Komplikationen

☐ keine ☐ folgende:

Wird dadurch die Dauer der Arbeitsunfähigkeit verlängert?

☐ nein ☐ ja, um ca. Tage

3.1 Sind weitere Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlung durchgeführt worden oder vorgesehen?

☐ nein ☐ ja, welche?

3.2 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung erforderlich?

☐ nein ☐ ja, zugezogen wird:

Gibt es Hinweise für die Entwicklung eines psychischen Gesundheitsschadens?

☐ nein ☐ ja, welche?

4 Sind Maßnahmen der Übungsbehandlung erforderlich (z. B. Physiotherapie, EAP, BGSW)?

☐ nein ☐ ja, ggf. welche?

wahrscheinlich ab

5 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können, soweit nicht bereits im Durchgangsarztbericht beschrieben

6 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit

Der Versicherte ist ☐ weiter arbeitsfähig

☐ weiter arbeitsunfähig

☐ voraussichtlich arbeitsfähig ab:

Die Behandlung ist voraussichtlich abgeschlossen am:

7 Kann der Versicherte seine bisherige Tätigkeit wieder ausüben?

☐ ja, uneingeschränkt ☐ ja, aber ☐ vorübergehend oder ☐ dauerhaft eingeschränkt, weil:

☐ nein, die bisherige Tätigkeit kann dauerhaft nicht mehr ausgeübt werden, weil:

☐ derzeit noch nicht zu beurteilen ☐ aus medizinischen Gründen

☐ wegen fehlender Kenntnisse der konkreten Arbeitsplatzverhältnisse

☐ hierzu sind nähere Informationen durch den UV-Träger erforderlich

8 Kann durch besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Verordnung von Hilfsmitteln) eine schnellere Wiedereingliederung erreicht werden?

☐ nein ☐ ja, durch welche?

9 Ist eine Arbeits- und Belastungserprobung erforderlich?

☐ nein ☐ ja, voraussichtlich ab:

10 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird?

☐ nein ☐ ja, weil

Datenschutz: Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum	Unterschrift des Durchgangsarztes	Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes

Verteiler

Unfallversicherungsträger

Eigenbedarf

Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Nr. 115 UV-GOÄ. Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.