

┌

┐

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

└

┘

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

## Ausführlicher Bericht Knie

1 **Hergang** (möglichst wörtliche Wiedergabe der Schilderung des Versicherten):

2 **Verhalten** nach dem angeschuldigten Ereignis:

2.1 Als Unfall dem Arbeitgeber gemeldet:

nein  ja, am

2.2 Zeitpunkt der Arbeitseinstellung:

sofort  später, am

2.3 Fortbewegung nach Arbeitseinstellung;

zu Fuß  mit Fahrrad  gefahren worden

2.4 Erste ärztliche Untersuchung:

am um Uhr

durch

3 **Beschwerden**

nein  ja, welche:

Wenn ja, wann?

sofort  später, am

...

4 **Unfallunabhängige** Erkrankungen oder Verletzungen:

Wenn ja, welche?

4.1 an dem geschädigten Knie  nein  ja:

4.2 an dem betroffenen Bein  nein  ja:

4.3 an anderen Gelenken  nein  ja:

4.4 Allgemeinerkrankungen (z. B. Rheuma, Infektions- oder Systemerkrankungen)  nein  ja:

4.5 Statische Störungen - Fußverbildungen - Varizen  nein  ja:

4.6 Brückenzeichen zwischen Vorschäden und jetzigen Beschwerden  nein  ja:

4.7 Wurde oder wird wegen der Vorschäden eine Rente beantragt oder gezahlt?  
Wenn ja, wie viel Prozent, Versicherungsträger?  nein  ja:

5 **Sportliche Betätigung:**  nein  ja:  
Wenn ja, welche?

6 **Berufliche Betätigung:**

Wenn ja, wo und wie lange?

6.1 Untertage-Tätigkeit  nein  ja,

6.2 Kniende Tätigkeit  nein  ja,

7 **Befund bei der Erstuntersuchung:**

7.1 Äußere Verletzungszeichen (Hautdruckmarken, Hautabschürfungen, Wunden)  nein  ja, wo:

7.2 Blutergussverfärbung  nein  ja, wo:

7.3 Weichteilschwellung (periartikulär)  nein  ja, wo:

7.4 Kapselverdickung  nein  ja, wo:

7.5 Hoffa'scher Fettkörper  normal  vergrößert

7.6 Schleimbeutelbeteiligung  nein  ja  
Wenn ja, wo und welcher Art?

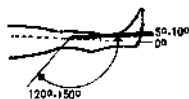
7.7 Druckempfindlichkeit  nein  ja, wo:

7.8 Bandapparat:  
Innenbandführung  normal  gelockert  
Außenbandführung  normal  gelockert  
Schubladenzeichen  normal  vermehrt  
Bandführung der Gegenseite  normal  verändert, wie:

7.9 Zeichen für Meniskusbeteiligung  nein  ja, welche:

7.10 Gelenkgeräusche:  
Knirschen / Knacken / Reiben  nein  ja  nein  ja  
 bds. gleich stark

7.11 Bewegungsmaße - Kniegelenk  
Streckung/Beugung (Abb.)



--	--	--

--	--	--

7.12 Umfangmaße:  
Oberschenkel 20 cm oberhalb inn. Kniegelenkspalt cm: cm:  
Kniescheibenmitte cm: cm:

7.13 Gelenkerguss:  
Punktion  nein  ja ml  
Punktat  nein  ja, Menge  
 rein blutig  frisch  alt  
 rein serös  klar  flockig  trüb  
 blutig serös  diffus blutig  blutige Beimengungen  
7.14 bakteriologisch-mikroskopische Untersuchung  nein  ja  
veranlasst?

7.15 BSG  nein  ja  
Bei Punkt 7.14 und 7.15 bitte das Ergebnis mitteilen.

8 **Röntgenbefund** (nicht nur knöcherne Verletzungszeichen, sondern auch krankhafte Veränderungen oder Anomalien):

9 **Vorläufige Diagnose:**

10 **Bisherige Behandlung:**

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

12 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. 121) und Auslagen nach der UV-GOÄ