|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Durchgangsarztbericht** | **UV-Träger** | Lfd. Nr. |
|  |  | […] |
| Unfallversicherungsträger | Eingetroffen am | Uhrzeit |
| […] | […] | […] |
| Name der versicherten Person | Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse | Familienversichert | Name des Mitglieds |
| […] | […] | […] | […] | [ ]  Nein [ ]  Ja: keine Kopie an Kasse | […] |
| Vollständige Anschrift | Bei Pflegeunfall Pflegekasse der pflegebedürftigen Person |
| […] | […] |
| Beschäftigt als | Seit | Telefon-Nr.  | Staatsangehörigkeit | Geschlecht |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| Unfallbetrieb (Name, Anschrift und Telefon-Nr. des Arbeitgebers, der Kita, der (Hoch-)Schule, der pflegebedürftigen Person) |
| […] |
| 1 Unfalltag | Uhrzeit | Unfallort  | Beginn der Arbeitszeit | Ende der Arbeitszeit |
| […] | […] | […] | […] | Uhr | […] | Uhr |
| 2 Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist |
| […] |
| 3 Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall |
| […] |
| 4.1 Art der ersten (nicht durchgangsärztlichen) Versorgung | 4.2 Erstmalig ärztlich behandelt am | durch |
| […] | […] | […] |
| 5 Befund | Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss? [ ]  Nein [ ]  Ja | Welche Anzeichen? | Blutentnahme [ ]  Nein [ ]  Ja |
| 5.1 Beschwerden/Klagen | […] |
| […] | **Bei Handverletzung**Gebrauchshand[ ]  Rechts [ ]  Links |
|  |  |
| 5.2 Klinische Untersuchungsbefunde | **Ergänzungsbericht beigefügt wegen**[ ]  Kopfverletzung[ ]  Knieverletzung[ ]  Schulterverletzung[ ]  VerbrennungBei Polytrauma/weiteren schweren Verletzungen **ISS** […] |
| […] |  |
| 6 Ergebnis bildgebender Diagnostik |  |
| […] |  |
| 7 Erstdiagnose **- Freitext -** | **AO-Klassifikation** |
| (Änderungen/Konkretisierungen **unverzüglich** nachmelden, bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.) |  |
| […] | […] |
|  |  |
|  | **ICD 10** |
|  | […] |
|  |  |
| 8 Art der durchgangsärztlichen Versorgung |
| […] |
| 9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können |
| […] |
| 10 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des Durchgangsarztberichts auszuhändigen. |
| [ ]  Nein [ ]  Ja, weil | […] |
|  |
| 11 **Art der Heilbehandlung** |
| [ ]  Ambulant[ ]  Allgemeine Heilbehandlung[ ]  Besondere Heilbehandlung[ ]  Stationär (besondere Heilbehandlung) | Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?[ ]  Nein[ ]  Ja[ ]  VAV nach Ziffer […][ ]  SAV nach Ziffer […] | [ ]  Es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil […] |
| 12 **Weiterbehandlung erfolgt**[ ]  durch mich[ ]  durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben |
| […] |
| 13 **Beurteilung der Arbeitsfähigkeit**[ ]  Arbeitsfähig[ ]  Arbeitsunfähig ab […] | [ ]  Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab […][ ]  Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig | 14 **Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?**[ ]  Nein [ ]  Ja, zugezogen wird […] |
| 15 Wiedervorstellung ist erforderlich, **sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte**, am […] ; bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde der versicherten Person bekannt gegeben. |
| 16 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände) |
| […] |
| Datum | Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes |
| […] | […] |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Unfalltag: | Lfd. Nr. |
| […],  |  |  |  |

Weitere Ausführungen

|  |
| --- |
| […] |
|  |
| **Ergänzungsberichte nicht vergessen!** |
| F 1002 KopfverletzungF 1004 Knieverletzung | F 1006 SchulterverletzungF 1008 Schwere Verbrennung |
| **Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. |
| **Mitteilung an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt** |
| Sie erhalten meinen Bericht. Bitte stellen Sie die Patientin/den Patienten spätestens zum vorgesehenen Nachschautermin (siehe Nr. 15) wieder bei mir vor, wenn sie/er bis dahin nicht wieder arbeitsfähig oder noch behandlungsbedürftig ist. |

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger

Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt

Eigenbedarf

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Durchgangsarztbericht** | **- Für die Krankenkasse -** | Lfd. Nr. |
|  |
| Unfallversicherungsträger | Eingetroffen am | Uhrzeit |
|  |  |  |
| Name der versicherten Person | Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse | Familienversichert | Name des Mitglieds |
|  |  |  |  |  Nein Ja: keine Kopie an Kasse |  |
| Vollständige Anschrift | Bei Pflegeunfall Pflegekasse der pflegebedürftigen Person |
|  |  |
| Beschäftigt als | Seit | Telefon-Nr.  | Staatsangehörigkeit | Geschlecht |
|  |  |  |  | […] |
| Unfallbetrieb (Name, Anschrift und Telefon-Nr. des Arbeitgebers, der Kita, der (Hoch-)Schule, der pflegebedürftigen Person) |
|  |
| 1 Unfalltag | Uhrzeit | Unfallort Homeoffice/Homeschooling [ ]  Nein [ ]  Ja | Beginn der Arbeitszeit | Ende der Arbeitszeit |
|  |  |  | […] | Uhr | […] | Uhr |
| 2 Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  | **Bei Handverletzung**Gebrauchshand Rechts Links |
|  |
|  | **Ergänzungsbericht beigefügt wegen** Kopfverletzung Knieverletzung Schulterverletzung VerbrennungBei Polytrauma/weiteren schweren Verletzungen **ISS** […] |
|  |
|  |
|  |
| 7 Erstdiagnose **- Freitext -** | **AO-Klassifikation** |
| (Änderungen/Konkretisierungen **unverzüglich** nachmelden, bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.) |
|  |  |
|  |
| **ICD 10** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 10 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des Durchgangsarztberichts auszuhändigen. |
|  Nein Ja, weil |  |
|  |
| 11 **Art der Heilbehandlung** |
|  Ambulant[ ]  Allgemeine Heilbehandlung[ ]  Besondere Heilbehandlung Stationär (besondere Heilbehandlung) | Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor? Nein Ja VAV nach Ziffer  SAV nach Ziffer  | [ ]  Es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil […] |
| 12 **Weiterbehandlung erfolgt** durch mich[ ]  durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben |
|  |
| 13 **Beurteilung der Arbeitsfähigkeit** Arbeitsfähig[ ]  Arbeitsunfähig ab  |  Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab  Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig | 14 **Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?** Nein Ja, zugezogen wird  |
| 15 Wiedervorstellung ist erforderlich, **sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte**, am ; bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde der versicherten Person bekannt gegeben. |
|  |
|  |
| Datum | Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Unfalltag: | Lfd. Nr. |
| […], […] | […] | […] | […] |

Weitere Ausführungen

|  |
| --- |
|  |
|  |
| **Ergänzungsberichte nicht vergessen!** |
| F 1002 KopfverletzungF 1004 Knieverletzung | F 1006 SchulterverletzungF 1008 Schwere Verbrennung |
| **Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. |
| **Mitteilung an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt** |
| Sie erhalten meinen Bericht. Bitte stellen Sie die Patientin/den Patienten spätestens zum vorgesehenen Nachschautermin (siehe Nr. 15) wieder bei mir vor, wenn sie/er bis dahin nicht wieder arbeitsfähig oder noch behandlungsbedürftig ist. |