|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Handchirurgischer Bericht**  **(Nur zu verwenden von Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 Ärztevertrag, die nicht D-Arzt sind)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **– 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | […] | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Gebrauchshand**  Rechts  Links | | | | |
|  | | | | |
| 5.2 Klinische Untersuchungsbefunde | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 Ergebnis bildgebender Diagnostik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 Erstdiagnose **- Freitext -** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **AO-Klassifikation** | | | | |
| (Änderungen/Konkretisierungen **unverzüglich** nachmelden, bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | […] | | | | |
|  | | | | |
| **ICD 10** | | | | |
| […] | | | | |
|  | | | | |
| 8 Art der handchirurgischen 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 (**keine** Verletzung nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses)  Besondere Heilbehandlung (Verletzung nach Ziffer 8)  Stationär (besondere Heilbehandlung) | | | | | | | | Bei Vorliegen einer Verletzung nach Ziff. 8 des Verletzungsartenverzeichnisses (besondere Heilbehandlung)  VAV nach Ziffer 8  SAV nach Ziffer 8 | | | | | | | 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 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum | | | Name und Anschrift (Stempel) der behandelnden Ärztin/des Arztes | | | | | | | | | | | Unterschrift der Ärztin/des Arztes | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | […] | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Handlinks1**  4B **Linke Hand außen** | | | **Handrechts2**  **Rechte Hand außen** | |
| **L** | | 2B**Bitte hier zusätzlich Verletzungs-/ Amputationsstelle einzeichnen.** | | **R** |
| **Handlinks2**  **Linke Hand innen** | | | **Handrechts1**  **Rechte Hand innen** | |
| **Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. | | | | | | |
| **Schwere Verletzungen der Hand nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses** (siehe Auszug aus den „Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis unter Einschluss Schwerstverletzungsartenverfahren“ - in der überarbeiteten Version 2.0; Stand 1. Juli 2018 -) | | | | | | |
| **8.1 (S)** | Amputationsverletzungen (auch Avulsionen) einschließlich des Daumenendglieds, ausgenommen singuläre Endgliedamputationen D2 bis D5. | | | | | |
| 8.2 (V) | Alle Brüche des ersten Mittelhandknochens. Brüche der Langfinger oder der Mittelhandknochen 2-5 - mit Gelenkbeteiligung - Betroffenheit mehrerer Strahlen - schwere Weichteilverletzungen entsprechend 1.5 (V). | | | | | |
| 8.3 (V) | Brüche einzelner Handwurzelknochen bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit. | | | | | |
| **8.3 (S)** | **Verletzungen der Handwurzel bei − Brüchen mehrerer Handwurzelknochen − singulären oder mehrfachen Bandverletzungen − Verrenkungen − Verrenkungsbrüchen.** | | | | | |
| **8.4 (S)** | **Verletzungen der Stammnerven und der funktionell bedeutsamen Nerven − Nervus medianus − Nervus ulnaris − Ramus profundus − Nervus radialis − Fingernerven z. B. in der Greifzone des Daumens, des Zeigefingers oder der Außenseite des Kleinfingers.** | | | | | |
| **8.5 (S)** | **Gefäßverletzungen an Fingern, Hand oder Unterarm mit akuten oder drohenden Ernährungsstörungen, auch bei abzuklärender Operationsnotwendigkeit.** | | | | | |
| 8.6 (V) | Verletzungen an der Hand (auch am Unterarm): − einer oder mehrerer Beugesehnen außerhalb (proximal) der Zonen I-III − mehrerer Strecksehnen. | | | | | |
| **8.6 (S)** | **Beugesehnenverletzungen in den Zonen I-III** | | | | | |
| **8.7 (S)** | **Alle Verletzungen an der Hand (auch am Unterarm) bei − tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen (siehe auch Ziffer 11) − Hochdruckeinspritzverletzungen.** | | | | | |

**Nur in diesen Fällen kann besondere Heilbehandlung eingeleitet und durchgeführt werden.**

Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Nr. 140 UV-GOÄ. Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger

Eigenbedarf

Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei familienversicherten Personen