|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung (DAV/VAV/SAV)** | | | | | | Wählen Sie ein Element aus. | | | | | 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) | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| Unfalltag |  | | | | | | | | | | |
| […] |  | | | | | | | | | | |
| **Stationäre Behandlung** vom […] bis […]  Erstbehandlung nach Unfall  Folgebehandlung Grund der stationären Folgebehandlung: […]  Entlassung nach Hause oder  Verlegung nach […], weil […] (z. B. Probleme bei häuslicher Versorgung, Schwere der Verletzung) | | | | | | | | | | | |
| 1.1 Diagnose **- Freitext -** (Bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.) | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 1.2 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die weitere Behandlung von Bedeutung sein können | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 1.3 Therapie | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 1.4 Unfallhergang/Anamnese | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 1.5 Beschwerden/Klagen bei Aufnahme | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 1.6 Aufnahmebefunde (funktionell/Bildgebung/Labor, etc.) | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 1.7 Behandlungsverlauf während stationärer Behandlung (ggf. OP-Bericht beifügen) | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 1.8 Entlassungsbefunde (funktionell/Bildgebung/Labor, etc.) | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 1.9 Therapieempfehlungen (inklusive Medikation, ggf. weitere Diagnostik) | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| 2 Sind Komplikationen oder Verzögerungen im Heilverlauf eingetreten? | | | | | | | | | | | |
| Nein  Ja, welche? […] | | | | | | | | | | | |
| 3 Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?  Nein  Ja  VAV nach Ziffer […]  SAV nach Ziffer […] | | | | | | | | | | | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 4 Weiterbehandlung erfolgt  durch mich  durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben | |
| […] | |
| 5 Gibt es Hinweise für eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung? | |
| Nein  Ja, welche? […]  Wurden deshalb Maßnahmen veranlasst?  Nein  Ja, welche? […] | |
| 6 Sind Reha-Maßnahmen erforderlich (z. B. Physiotherapie, EAP, ABMR, BGSW)? | |
| Nein  Ja […], ab […] Wo? […]  Wurden Verordnungen ausgestellt?  Nein  Ja, welche? […] | |
| 7 Sind besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Schuhversorgung, Verordnung von Hilfsmitteln, Schulbeförderung) erforderlich? | |
| Nein  Ja, welche? […]  Wurden Verordnungen ausgestellt?  Nein  Ja, welche? […] | |
| 8 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit | |
| Die versicherte Person ist  arbeitsfähig ab Tag nach Entlassung  weiter arbeitsunfähig, voraussichtlich arbeitsfähig ab: […] | |
| 9 Bestehen Bedenken, dass die versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit dauerhaft wieder ausüben kann?  Nein  Ja, weil […] | |
| Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil […] | |
| 10 Ist eine stufenweise Wiedereingliederung erforderlich? | |
| Nein  Ja, voraussichtlich ab […]  Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil […] | |
| 11 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Schul- und Schulsportfähigkeit, Kontextfaktoren, besondere Umstände) | |
| […] | |
| Datenschutz:  Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. | |
|  | |
| Datum | Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes |
| […] | […] |

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger

Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt

Eigenbedarf