

Durchgangsarztbericht

- UV-Träger -

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit							
Name der versicherten Person		Vorname		Geburtsdatum		Krankenkasse		Familierversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine Kopie an Kasse		Name des Mitglieds			
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 Uhr			Ende der Arbeitszeit 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 durchgangsarztlichen) Versorgung						4.2 Erstmals ärztlich behandelt am						durch	
5 Befund Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Welche Anzeichen? Blutentnahme? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja													
5.1 Beschwerden/Klagen													
Bei Handverletzung													
Gebrauchshand <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links													
5.2 Klinische Untersuchungsbefunde													
Ergänzungsbericht beigefügt wegen													
<input type="checkbox"/> Kopfverletzung <input type="checkbox"/> Knieverletzung <input type="checkbox"/> Schulterverletzung <input type="checkbox"/> Verbrennung													
6 Ergebnis bildgebender Diagnostik													
Bei Polytrauma/weiteren schweren Verletzungen ISS													
7 Erstdiagnose - Freitext - (Änderungen/Konkretisierungen unverzüglich nachmelden, bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.)													
AO-Klassifikation <input style="width:100%;" type="text"/>													
ICD 10 <input style="width:100%;" type="text"/>													
8 Art der durchgangsarztlichen 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. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil													
11 Art der Heilbehandlung													
<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Stationär (besondere Heilbehandlung)				Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> VAV nach Ziffer <input type="checkbox"/> SAV nach Ziffer				<input type="checkbox"/> Es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil					
12 Weiterbehandlung erfolgt <input type="checkbox"/> durch mich <input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben													
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit <input type="checkbox"/> Arbeitsfähig <input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab <input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig						14 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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 Kopfverletzung
F 1004 Knieverletzung

F 1006 Schulterverletzung
F 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
Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei familienversicherten Personen