|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  Verbrennung  Bei 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 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  Verbrennung  Bei 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 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. | |