

Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

Anlage zum D-Bericht Nr.:

oder Anlage zum Verlaufsbericht vom:

## Ergänzungsbericht - Knie -


Rechts  Links

Nur bei Verdacht auf Kniebinnenschaden, ggf. auch im Behandlungsverlauf.

### 1 Unfallhergang, sofern nicht im D-Bericht beschrieben:

Möglichst wörtliche Wiedergabe der Schilderung. Unklare Angaben (z. B. Um- oder Einknicken) bitte erläutern.

1.1	Kam es zu einer direkten Gewalteinwirkung, ggf. wie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
1.2	Kam es zu einer indirekten Gewalteinwirkung, ggf. wie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
1.3	War einer der Gelenkpartner im Rahmen des Unfallgeschehens fixiert, ggf. welcher und wodurch?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja:
2	<b>Verhalten nach dem Ereignis:</b>		
2.1	Als Unfall dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin gemeldet	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, am
2.2	Zeitpunkt der Arbeitseinstellung	<input type="checkbox"/> Sofort	<input type="checkbox"/> Später, am
2.3	Noch selbstständig gehfähig	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
3	<b>Beschwerden:</b>	<input type="checkbox"/> Sofort	<input type="checkbox"/> Später, am
		Welche:	
4	<b>Frühere Behandlungsbedürftigkeit, weitere Erkrankungen oder Verletzungen:</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?
4.1	An dem geschädigten Knie		
4.2	An dem betroffenen Bein		
4.3	An anderen Gelenken (auch Gegenseite)		
4.4	Allgemeinerkrankungen, die auf die Beschwerden Einfluss gehabt haben können		
5	<b>Sportliche Betätigung:</b> (Auch gelegentliche Freizeit-Sporttätigkeit erfragen) Ggf. welche und wie lange?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?
6	<b>Berufliche Betätigung:</b>		
6.1	Kniebelastende Tätigkeit, ggf. wodurch und wie lange?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wodurch und wie lange?
7	<b>Befund:</b>		
7.1	Äußere Verletzungszeichen (Hautdruckmarken, Hautabschürfungen, Wunden)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wo?
7.2	Blutergussverfärbung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> frisch <input type="checkbox"/> älter <input type="checkbox"/> abklingend
7.3	Weichteilschwellung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wo?
7.4	Kapselverdickung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wo?
7.5	Schleimbeutelbeteiligung, ggf. wo und welcher Art?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wo und welcher Art?

<p>7.6 Grobe Prüfung der Hautwärme</p> <p>7.7 Druckempfindlichkeit</p> <p>7.8 Bandapparat: Innenbandführung Außenbandführung Schubladenzeichen Schublade Ergebnisse weiterer klinischer Tests zur Bandinstabilität Bandführung der Gegenseite</p> <p>7.9 Zeichen für Meniskusbeteiligung</p> <p>7.10 Gelenkgeräusche: Knirschen/Knacken/Reiben</p> <p>7.11 Bewegungsmaße – Kniegelenk Streckung/Beugung (Abb.)</p>  <p>7.12 Umfangmaße: Oberschenkel 20 cm oberhalb inn. Kniegelenkspalt Oberschenkel 10 cm oberhalb inn. Kniegelenkspalt Kniescheibenmitte</p> <p>7.13 Gelenkguss: Punktion Beschaffenheit des Punktats Bakteriologisch-mikroskopische Untersuchung veranlasst</p> <p>7.14 Laborchemische Entzündungsparameter (z. B. CRP)</p>	<p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Erhöht</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo?</p> <p style="text-align: right;">Gelockert:</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> 3-5 mm <input type="checkbox"/> 6-10 mm <input type="checkbox"/> &gt; 10 mm</p> <p><input type="checkbox"/> Vordere <input type="checkbox"/> Hintere <input type="checkbox"/> Nicht prüfbar, weil</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Verändert, wie?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?</p> <p style="text-align: center;"><b>Rechts:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Bds. gleich stark</p> <p style="text-align: right;"><b>Links:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">cm:</td> <td style="width: 50%;">cm:</td> </tr> <tr> <td>cm:</td> <td>cm:</td> </tr> <tr> <td>cm:</td> <td>cm:</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Menge: ml</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Ergebnis nachliefern)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Ergebnis: (ggf. nachliefern)</p>			cm:	cm:	cm:	cm:	cm:	cm:
cm:	cm:								
cm:	cm:								
cm:	cm:								
<p>8 <b>Bildgebende Diagnostik, soweit nicht im D-Arztbericht beschrieben</b> (Nicht nur knöcherne Verletzungszeichen, sondern auch krankhafte Veränderungen oder Anomalien beschreiben):</p>									
<p>9 <b>Diagnose:</b></p>									
<p>10 <b>Behandlung bzw. Behandlungsvorschläge:</b></p>									
<p>11 Sind zur Klärung der Diagnose oder des ursächlichen Zusammenhanges noch weitere Maßnahmen erforderlich (z. B. Kernspintomografie, weitere Laborleistungen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?</p>								
<p>12 <b>Welche Unterlagen sind noch zu beschaffen?</b></p>									

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes

Sie erhalten eine Gebühr nach Nr. 137 UV-GOÄ