

Name, Vorname: [...]

geb.: [...]

Unfalltag: [...]

Anlage zum D-Bericht Nr.: [...] oder Anlage zum Verlaufsbericht vom: [...]

## Ergänzungsbericht - Knie -

Rechts

Links

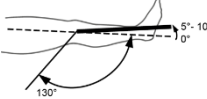
Nur bei Verdacht auf Kniebinnenschaden, ggf. auch im Behandlungsverlauf.

### 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 gefähig	<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)	Nein	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 Gelenkerguss: 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>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>[...]</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Verändert, wie? [...]</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? [...]</p> <p><b>Rechts:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: [...]</p> <p><b>Links:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: [...]</p> <p><input type="checkbox"/> Bds. gleich stark</p> <table border="1" data-bbox="853 694 1133 728"> <tr> <td>[...]</td> <td>[...]</td> <td>[...]</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="1189 694 1484 728"> <tr> <td>[...]</td> <td>[...]</td> <td>[...]</td> </tr> </table> <p>cm: [...]</p> <p>cm: [...]</p> <p>cm: [...] <small>Klicken oder tippen</small></p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Menge: [...] ml</p> <p>[...]</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>	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]					
[...]	[...]	[...]					
<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>[...]</p>						
<p>9 <b>Diagnose:</b></p>	<p>[...]</p>						
<p>10 <b>Behandlung bzw. Behandlungsvorschläge:</b></p>	<p>[...]</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>	<p>[...]</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