

Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

Anlage zum D-Bericht Nr.: \_\_\_\_\_ oder Anlage zum Verlaufsbericht vom: \_\_\_\_\_

## Ergänzungsbericht - Schulter -

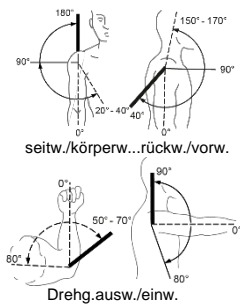
Rechts  Links

Nur bei Verdacht auf strukturellen Schulterschaden, ggf. auch im Behandlungsverlauf.

- 1 **Unfallhergang, sofern nicht im D-Bericht beschrieben:**  
Möglichst wörtliche Wiedergabe der Schilderung. Unklare Angaben (z. B. Sturz auf den ausgestreckten Arm) 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	Stellung des Armes während des Unfallgeschehens		
1.4	Zusätzliche Krafteinwirkung (z. B. Tragen einer Last)		
<b>2 Verhalten nach dem Ereignis:</b>			
2.1	Als Unfall dem Arbeitgeber gemeldet	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, am
2.2	Zeitpunkt der Arbeitseinstellung	<input type="checkbox"/> Sofort	<input type="checkbox"/> Später, am
<b>3 Beschwerden:</b>			
		<input type="checkbox"/> Sofort	<input type="checkbox"/> Später, am
		Welche:	
<b>4 Frühere Behandlungsbedürftigkeit, weitere Erkrankungen oder Verletzungen:</b>			
4.1	An der geschädigten Schulter	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?
4.2	An dem betroffenen Arm		
4.3	Auf der Gegenseite		
4.4	Allgemeinerkrankungen, die auf die Beschwerden Einfluss gehabt haben können		
<b>5 Sportliche Betätigung:</b> (Auch gelegentliche Freizeit-Sporttätigkeit erfragen) Ggf. welche und wie lange?			
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?
<b>6 Berufliche Betätigung:</b>			
6.1	Schulterbelastende Tätigkeit (z. B. Über-Kopf-Arbeiten), ggf. wodurch und wie lange?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wodurch und wie lange?
<b>7 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?

<p>7.4 Grobe Prüfung der Hautwärme</p> <p>7.5 Druckempfindlichkeit</p> <p>7.6 Funktionstestung rechts (Art und Ergebnis) Funktionstestung links (Art und Ergebnis)</p> <p>7.7 Stabilitätstestung rechts (Art und Ergebnis) Stabilitätstestung links (Art und Ergebnis)</p> <p>7.8 Klinische Zeichen für Rotatorenmanschettschädigung (z. B. Drop-Arm-Sign)</p> <p>7.9 Gelenkgeräusche: Knirschen/Knacken/Reiben</p> <p>7.10 Bewegungsmaße – aktiv Retroversion – Anteversion Abduktion – Adduktion Außen – Innenrotation bei anliegendem Arm</p> <p>7.11 Bewegungsmaße – passiv Retroversion – Anteversion Abduktion – Adduktion Außen – Innenrotation bei anliegendem Arm</p> <p>7.12 Symmetrie der Schulter (z. B. Muskelausprägung, Geradstand)</p> <p>7.13 Anzeichen für Nervenschaden</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><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: center;"><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: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, welche?</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>9 <b>Diagnose:</b></p>									
<p>10 <b>Behandlung bzw. Behandlungsvorschläge:</b></p>									
<p>11 <b>Sind zur Klärung der Diagnose oder des ursächlichen Zusammenhanges noch weitere Maßnahmen erforderlich</b> (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. 138 UV-GOÄ