

Name, Vorname: [...]

geb.: [...]

Unfalltag: [...]

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

## Ergänzungsbericht - Schulter -

Rechts

Links

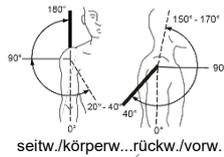
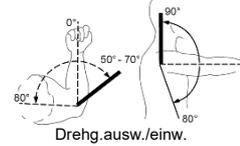
Nur bei Verdacht auf strukturellen Schulterschaden, ggf. auch im Behandlungsverlauf.

### 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)	[...]	
2	<b>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 [...]
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 der geschädigten Schulter	[...]	
4.2	An dem betroffenen Arm	[...]	
4.3	Auf der 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	Schulterbelastende Tätigkeit (z. B. Über-Kopf-Arbeiten), 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	Grobe Prüfung der Hautwärme	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Erhöht
7.5	Druckempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo? [...]
7.6	Funktionstestung rechts (Art und Ergebnis)	[...]
	Funktionstestung links (Art und Ergebnis)	[...]
7.7	Stabilitätstestung rechts (Art und Ergebnis)	[...]
	Stabilitätstestung links (Art und Ergebnis)	[...]
7.8	Klinische Zeichen für Rotatorenmanschettenschädigung (z. B. Drop-Arm-Sign)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? [...]
7.9	Gelenkgeräusche: Knirschen/Knacken/Reiben	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>Rechts:</b></p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: [...]</div> <div style="text-align: center;"> <p><b>Links:</b></p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: [...]</div> </div> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Bds. gleich stark</p>
7.10	Bewegungsmaße – aktiv Retroversion – Anteversion Abduktion – Adduktion Außen – Innenrotation bei anliegendem Arm	 seitw./körperw...rückw./vorw.
7.11	Bewegungsmaße – passiv Retroversion – Anteversion Abduktion – Adduktion Außen – Innenrotation bei anliegendem Arm	 Drehg.ausw./einw.
7.12	Symmetrie der Schulter (z. B. Muskelausprägung, Geradstand)	[...]
7.13	Anzeichen für Nervenschaden	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? [...]
7.14	Laborchemische Entzündungsparameter (z. B. CRP)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Ergebnis: [...] (ggf. nachliefern)
8	<b>Bildgebende Diagnostik, soweit nicht im D-Arztbericht beschrieben</b> (Nicht nur knöcherne Verletzungszeichen, sondern auch krankhafte Veränderungen oder Anomalien beschreiben):	[...]
9	<b>Diagnose:</b>	[...]
10	<b>Behandlung bzw. Behandlungsvorschläge:</b>	[...]
11	<b>Sind zur Klärung der Diagnose oder des ursächlichen Zusammenhanges noch weitere Maßnahmen erforderlich</b> (z. B. Kernspintomografie, weitere Laborleistungen)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? [...]
12	<b>Welche Unterlagen sind noch zu beschaffen?</b>	[...]

**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