

# Handchirurgischer Bericht

– UV-Träger –

Lfd. Nr.

(Nur zu verwenden von Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 Ärztevertrag, die nicht D-Arzt sind)

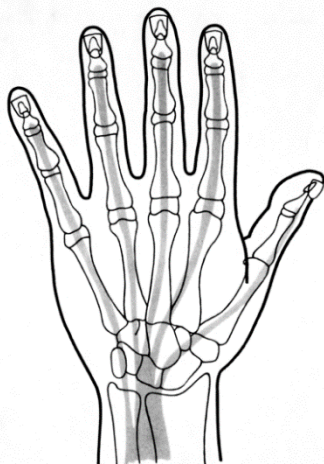
Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit				
Name der versicherten Person		Vorname	Geburtsdatum		Krankenkasse	Familienversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine Kopie an Kasse		Name des Mitglieds		
Vollständige Anschrift						Bei Pflegeunfall Pflegekasse 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 Uhr		Ende der Arbeitszeit 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 durchgangszärtlichen) Versorgung				4.2 Erstmals ärztlich behandelt am					durch	
5 Befund Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja					Welche Anzeichen?		Blutentnahme? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
5.1 Beschwerden/Klagen								<b>Gebrauchshand</b> <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links		
5.2 Klinische Untersuchungsbefunde										
6 Ergebnis bildgebender Diagnostik										
7 Erstdiagnose - <b>Freitext</b> - (Änderungen/Konkretisierungen <b>unverzüglich</b> nachmelden, bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.)								<b>AO-Klassifikation</b> <input type="text"/>		
								<b>ICD 10</b> <input type="text"/>		
8 Art der handchirurgischen 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. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil										
<b>11 Art der Heilbehandlung</b> <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung ( <b>keine</b> Verletzung nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses) <input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung (Verletzung nach Ziffer 8) <input type="checkbox"/> Stationär (besondere Heilbehandlung)			Bei Vorliegen einer Verletzung nach Ziff. 8 des Verletzungsartenverzeichnisses (besondere Heilbehandlung) <input type="checkbox"/> VAV nach Ziffer 8 <input type="checkbox"/> SAV nach Ziffer 8			<input type="checkbox"/> Es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil				
<b>12 Weiterbehandlung erfolgt</b> <input type="checkbox"/> durch mich <input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben										
<b>13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit</b> <input type="checkbox"/> Arbeitsfähig <input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab <input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig					<b>14 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird					
15 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)										
Datum			Name und Anschrift (Stempel) der behandelnden Ärztin/des Arztes			Unterschrift der Ärztin/des Arztes				

Name, Vorname:

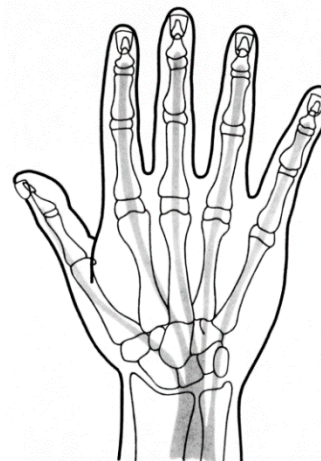
Geburtsdatum:

Unfalltag:

Lfd. Nr.



Linke Hand außen

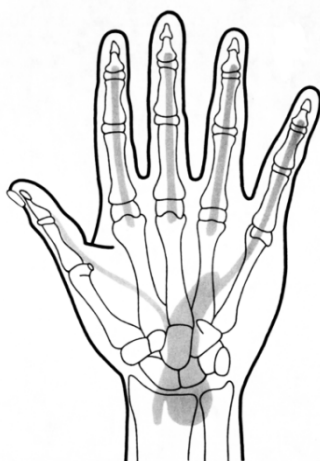


Rechte Hand außen

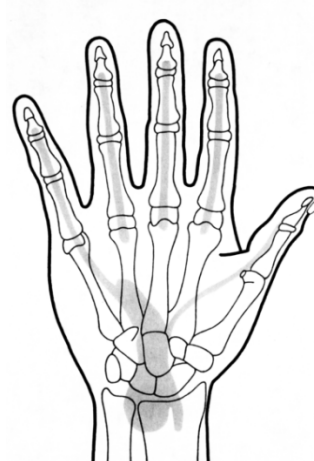
**L**

Bitte hier zusätzlich Verletzungs-/  
Amputationsstelle einzeichnen.

**R**



Linke Hand innen



Rechte Hand innen

**Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

**Schwere Verletzungen der Hand nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses**

(siehe Auszug aus den „Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis unter Einschluss Schwerstverletzungsartenverfahren“ - in der überarbeiteten Version 2.0; Stand 1. Juli 2018 -)

- 8.1 (S) Amputationsverletzungen (auch Avulsionen) einschließlich des Daumenendglieds, ausgenommen singuläre Endgliedamputationen D2 bis D5.
- 8.2 (V) Alle Brüche des ersten Mittelhandknochens. Brüche der Langfinger oder der Mittelhandknochen 2-5 - mit Gelenkbeteiligung - Betroffenheit mehrerer Strahlen - schwere Weichteilverletzungen entsprechend 1.5 (V).
- 8.3 (V) Brüche einzelner Handwurzelknochen bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.
- 8.3 (S) **Verletzungen der Handwurzel bei – Brüchen mehrerer Handwurzelknochen – singulären oder mehrfachen Bandverletzungen – Verrenkungen – Verrenkungsbrüchen.**
- 8.4 (S) **Verletzungen der Stammnerven und der funktionell bedeutsamen Nerven – Nervus medianus – Nervus ulnaris – Ramus profundus – Nervus radialis – Fingernerven z. B. in der Greifzone des Daumens, des Zeigefingers oder der Außenseite des Kleinfingers.**
- 8.5 (S) **Gefäßverletzungen an Fingern, Hand oder Unterarm mit akuten oder drohenden Ernährungsstörungen, auch bei abzuklärender Operationsnotwendigkeit.**
- 8.6 (V) Verletzungen an der Hand (auch am Unterarm): – einer oder mehrerer Beugesehnen außerhalb (proximal) der Zonen I-III – mehrerer Strecksehnen.
- 8.6 (S) **Beugesehnenverletzungen in den Zonen I-III**
- 8.7 (S) **Alle Verletzungen an der Hand (auch am Unterarm) bei – tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen (siehe auch Ziffer 11) – Hochdruckeinspritzverletzungen.**

**Nur in diesen Fällen kann besondere Heilbehandlung eingeleitet und durchgeführt werden.**

Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Nr. 140 UV-GOÄ. Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger

Eigenbedarf

Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei familienversicherten Personen