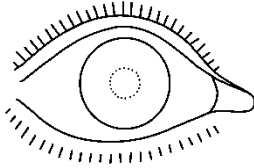
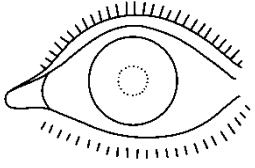


# Augenarztbericht

- UV-Träger -

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit																				
Name der versicherten Person		Vorname		Geburtsdatum		Krankenkasse	Familienversichert		Name des Mitglieds																	
							<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine Kopie an Kasse																			
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			Ende der Arbeitszeit																	
						Uhr			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 augenärztlichen) Versorgung						4.2 Erstmals ärztlich behandelt am						durch														
5 Befund						5.1 Beschwerden/Klagen																				
																										
RA			LA																							
5.2 Klinische Untersuchungsbefunde																										
5.3 Sehschärfe (fern) ohne Korrektur																										
R			_____																							
L			_____			Refraktion:																				
mit Korrektur			R			_____			dpt sph.			_____			dpt. cyl.			_____			Achse			_____		
			L			_____			dpt sph.			_____			dpt. cyl.			_____			Achse			_____		
6 Erstdiagnose - <b>Freitext</b> - (Änderungen/Konkretisierungen <b>unverzüglich</b> nachmelden)										<b>ICD 10</b>		<input type="text"/>														
7 Art der augenärztlichen Versorgung																										
8 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können																										
9 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des Augenarztberichts auszuhändigen.																										
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil																										
10 Art der Heilbehandlung																										
<input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung						<input type="checkbox"/> Ambulant																				
<input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-Ärztin/D-Arzt (Bitte genaue Anschrift angeben.)						<input type="checkbox"/> Stationär																				
11 Weiterbehandlung erfolgt																										
<input type="checkbox"/> durch mich																										
<input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben																										
12 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit						13 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?																				
<input type="checkbox"/> Arbeitsfähig			<input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab			<input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird																	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab			<input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig																							
14 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)																										
Datum				Name und Anschrift (Stempel) der Augenärztin/des Augenarztes				Unterschrift der Augenärztin/des Augenarztes																		

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

Weitere Ausführungen

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

**Rechnung** Nur abrechnen, wenn keine Weiterbehandlung durch Sie vorgesehen ist. Ansonsten Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

Berichtsgebühr	nach Nr. 126	UV-GOÄ	_____ EUR	<b>Besondere Kosten</b>
Ärztliche Leistung	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____ EUR	_____ EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____ EUR	_____ EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____ EUR	_____ EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____ EUR	_____ EUR
Summe Besondere Kosten			_____ EUR	←
Porto			_____ EUR	
		zusammen	<u>_____ EUR</u>	

Rechnungsnummer	<b>Institutionskennzeichen (IK)</b>
	Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

**Verteiler**  
 Unfallversicherungsträger  
 Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt  
 Eigenbedarf  
 Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei familienversicherten Personen