

# Hals-, Nasen-, Ohren-Arztbericht

- UV-Träger -

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit			
Name der versicherten Person		Vorname	Geburtsdatum		Krankenkasse	Familierversichert		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 HNO-ärztlichen) Versorgung					4.2 Erstmalig ärztlich behandelt am				durch
5 Befund (soweit im Zusammenhang mit dem Unfall von Bedeutung):					5.1 Beschwerden/Klagen				
5.2 Ohren: Rechts:		Links:							
5.3 Nase:									
5.4 Mund und Rachen:									
5.5 Kehlkopf und Luftröhre:									
5.6 Hals und Gesicht:									
5.7 Gehörfunktion:									
Umgangssprache rechts			m; links		m, Flüstersprache rechts		m; links		m
Weberversuch:			Rinneversuch rechts:			links:			
Tonaudiogramm:			Ohrgeräusche		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ggf. welche? <input type="checkbox"/> Vorbestehend?	<input type="checkbox"/> Rechts: <input type="checkbox"/> Links:		(bitte unter Pkt. 9 angeben)	
5.8 Gleichgewichtsfunktion:									
Spontannystagmus:									
Provokationsnystagmus (Kopfschütteln, Lage, Lagerung usw.):									
Experimentelle Prüfung: (Spülung warm - kalt, Drehung usw.):									
Abweichreaktionen (Romberg, Unterberger usw.):									
5.9 Riech- und Geschmacksprüfung:									
5.10 Sonstige Befunde:									
6 Ergebnis bildgebender Diagnostik									
7 Erstdiagnose - <b>Freitext</b> - (Änderungen/Konkretisierungen <b>unverzüglich</b> nachmelden)								ICD 10	
8 Art der HNO-ärztlichen 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 HNO-Arztberichts auszuhändigen.									
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil									
<b>11 Art der Heilbehandlung</b>									
<input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-Ärztin/D-Arzt (Bitte genaue Anschrift angeben.)					<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				
<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>					<b>14 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?</b>				
<input type="checkbox"/> Arbeitsfähig <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab		<input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab <input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig			<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 HNO-Ärztin/des HNO-Arzt				Unterschrift der HNO-Ärztin/des HNO-Arzt				

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. 127	UV-GOÄ	EUR	<b>Besondere Kosten</b> EUR EUR EUR EUR ←
Ärztliche Leistung	nach Nr. _____	UV-GOÄ	EUR	
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	EUR	
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	EUR	
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	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