

# Ärztliche Unfallmeldung

- 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<br>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                  |                    |
| Vorstellungspflicht bei einer Durchgangsärztin/einem Durchgangsarzt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |         |                 |              |  |                                                                          |                                                                                    |                      |                    |
| <input type="checkbox"/> Die versicherte Person wird am _____ bei der D-Ärztin/dem D-Arzt (bitte genaue Anschrift angeben) _____ vorgestellt, weil                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |         |                 |              |  |                                                                          |                                                                                    |                      |                    |
| <input type="checkbox"/> die Unfallverletzung über den Unfalltag hinaus zur Arbeitsunfähigkeit führt,<br><input type="checkbox"/> die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt,<br><input type="checkbox"/> die Verordnung von Heilmitteln (z. B. Physiotherapie) oder Hilfsmitteln (z. B. Gehstützen) erforderlich ist,<br><input type="checkbox"/> eine Wiedererkrankung an Unfallfolgen vorliegt. |         |         |                 |              |  |                                                                          |                                                                                    |                      |                    |
| <input type="checkbox"/> Eine Vorstellungspflicht bei einer D-Ärztin/einem D-Arzt besteht nicht, weil keine der oben aufgeführten Voraussetzungen erfüllt ist<br>(nur in diesem Fall bitte weiter mit Pkt. 1 bis 5).                                                                                                                                                                                                             |         |         |                 |              |  |                                                                          |                                                                                    |                      |                    |
| 1. Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |         |                 |              |  |                                                                          |                                                                                    |                      |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |         |                 |              |  |                                                                          |                                                                                    |                      |                    |
| 2. Beschwerden/Klagen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |         |                 |              |  |                                                                          |                                                                                    |                      |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |         |                 |              |  |                                                                          |                                                                                    |                      |                    |
| 3. Kurze Angabe des Befundes (ggf. mit Ergebnis bildgebender Diagnostik)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |         |                 |              |  |                                                                          |                                                                                    |                      |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |         |                 |              |  |                                                                          |                                                                                    |                      |                    |
| 4. Diagnose                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |         |                 |              |  |                                                                          |                                                                                    |                      |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |         |                 |              |  |                                                                          |                                                                                    |                      |                    |
| 5. Ist weitere <b>allgemeine Heilbehandlung</b> erforderlich?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |         |                 |              |  |                                                                          |                                                                                    |                      |                    |
| <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja,<br><input type="checkbox"/> durch mich<br><input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben                                                                                                                                                                                                 |         |         |                 |              |  |                                                                          |                                                                                    |                      |                    |
| Ort, Datum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |         | Unterschrift    |              |  | Anschrift/Stempel                                                        |                                                                                    |                      |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |         |                 |              |  |                                                                          |                                                                                    |                      |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |         |                 |              |  | <b>Datenschutz:</b><br>Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. |                                                                                    |                      |                    |

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

### Abrechnung

|                                                               |                |          |                   |                         |
|---------------------------------------------------------------|----------------|----------|-------------------|-------------------------|
| Berichtsgebühr                                                | nach Nr. 125   | UV-GOÄ   | <u>EUR</u>        |                         |
| <small>(entfällt bei Vorstellung bei D-Ärztin/D-Arzt)</small> |                |          |                   | <b>Besondere Kosten</b> |
| Ärztliche Leistung                                            | nach Nr. _____ | UV-GOÄ   | <u>EUR</u>        | <u>EUR</u>              |
|                                                               | nach Nr. _____ | UV-GOÄ   | <u>EUR</u>        | <u>EUR</u>              |
|                                                               | nach Nr. _____ | UV-GOÄ   | <u>EUR</u>        | <u>EUR</u>              |
|                                                               | nach Nr. _____ | UV-GOÄ   | <u>EUR</u>        | <u>EUR</u>              |
|                                                               | nach Nr. _____ | UV-GOÄ   | <u>EUR</u>        | <u>EUR</u>              |
|                                                               | nach Nr. _____ | UV-GOÄ   | <u>EUR</u>        | <u>EUR</u>              |
|                                                               | nach Nr. _____ | UV-GOÄ   | <u>EUR</u>        | <u>EUR</u>              |
|                                                               | nach Nr. _____ | UV-GOÄ   | <u>EUR</u>        | <u>EUR</u>              |
|                                                               | nach Nr. _____ | UV-GOÄ   | <u>EUR</u>        | <u>EUR</u>              |
| Summe Besondere Kosten                                        |                |          | <u>EUR</u>        | <u>EUR</u>              |
| Porto                                                         |                |          | <u>EUR</u>        | <u>EUR</u>              |
|                                                               |                | zusammen | <u><u>EUR</u></u> | <u>EUR</u>              |

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