

[...]

┌

Ihr Zeichen: [...]
Ihre Nachricht vom: [...]
Unser Zeichen: [...]
Ihr Ansprechpartner: [...]
Telefon: [...]
Fax: [...]
E-Mail: [...]

└

└

Datum: [...]

Name, Vorname: [...]

geb.: [...]

Auskunft Behandlung

1 **Erste** ärztliche Inanspruchnahme:

Datum: [...]

Uhrzeit: [...]

2 **Unfallhergang:**

[...]

2.1 **Verletzung** (Erstbefund):

[...]

2.2 **Befunde:**
(Röntgen, CT, MRT - falls durchgeführt -)

[...]

...

3 **Diagnose:**

[...]

4 **Behandlung und Heilverlauf:**
(insbesondere auch Komplikationen)

[...]

5 **Aktueller Verletzungszustand:**

[...]

6 **Dauer der Behandlung**

6.1 Abgeschlossen am: [...]

6.2 Voraussichtlich weiter bis: [...]

7 **Dauer der Arbeitsunfähigkeit**

7.1 vom: [...] bis: [...]

7.2 Voraussichtlich weiter bis: [...]

Datenschutz:

Sofern die Behandlung noch andauert, habe ich die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

[...]

Ort, Datum

[...]

Unterschrift und Stempel

Institutionskennzeichen (IK)

[...]

Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 110) und Auslagen nach der UV-GOÄ