

┌

┐

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