

[...]

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

Datum: [...]

Name, Vorname: [...]

geb.: [...]

Ereignis/Unfalltag: [...]

Auskunft Klärung Arbeitsunfall

1 **Ärztliche Behandlung durch Sie wegen der im Anschreiben genannten Beschwerden**

Datum: [...]

Uhrzeit: [...]

2 **Beschwerden/Klagen**

[...]

2.1 **Erstbefund** (auch erhobene Normalbefunde und Verletzungszeichen)

[...]

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

[...]

3 **Diagnose**

[...]

...

4 **Behandlung/Heilverlauf** (auch Komplikationen)

[...]

5 **Erstangaben** der versicherten Person bei Ihnen über die Entstehung des Gesundheitsschadens

[...]

6 Wenn von der versicherten Person ein Unfall angegeben wurde

6.1 Wann geschah das (bei der ersten Untersuchung oder wann später)?

[...]

6.2 Welche Angaben wurden gemacht über den **Zeitpunkt des Unfalls** (Tag und Stunde),

[...]

den **Unfallort** (z. B. Arbeitsstelle, Arbeitsweg),

[...]

den **Hergang des Unfalls** (ausführliche Schilderung)?

[...]

7 Ist dieser oder ein ähnlicher Gesundheitsschaden bereits früher behandelt worden?

Nein

Ja, Name(n) und Anschrift(en) [...]

8 **Dauer der Behandlung bei Ihnen**

8.1 Abgeschlossen am: [...]

8.2 Voraussichtlich weiter bis: [...]

9 **Dauer der Arbeitsunfähigkeit**

Vom: [...]

bis: [...]

10 Sonstige Hinweise

[...]

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. 117) und Auslagen nach der UV-GOÄ