

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

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

Auskunft Zweifel Arbeitsunfall/Ursachenzusammenhang

1 **Erste** ärztliche Inanspruchnahme:

Datum:

Uhrzeit:

2 **Unfallhergang:**

2.1 **Verletzung (Erstbefund):**

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

3 **Diagnose:**

4 Bestanden deutliche Zeichen einer Verletzung oder Gewalteinwirkung?
Wenn ja, welche?

...

- 5 **Erstangaben bei Ihnen über die Entstehung des Gesundheitsschadens:**
- 6 Wenn ein Unfall behauptet wird:
- 6.1 wann geschah das (bei der ersten Untersuchung oder wann später)?
- 6.2 aus welchem Anlass?
- 6.3 welche Angaben wurden gemacht über
den **Zeitpunkt des Unfalls** (Tag und Stunde),

den **Unfallort** (Arbeitsstelle, Arbeitsweg),

den **Hergang des Unfalls** (ausführliche Schilderung)?
- 7 Haben Sie tatsächliche oder medizinische Bedenken gegen die Richtigkeit der Angaben?
Wenn ja, welche?
- 8 Ist nach dem Befund eine **spontane** Entstehung wahrscheinlich oder möglich?
- 9 Wie hat sich der Gesundheitszustand entwickelt?
- 10 **Dauer der Behandlung**
- 10.1 abgeschlossen am:
- 10.2 voraussichtlich weiter bis:
- 11 **Dauer der Arbeitsunfähigkeit**
- 11.1 vom: bis:
- 11.2 voraussichtlich weiter bis:
- 12 Ist dieser oder ein ähnlicher Gesundheitsschaden bereits früher behandelt worden?
Wenn ja, von wem?

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