

# BGSW-Aufnahmebericht

Bitte sofort nach der Aufnahme zusammen mit der Anlage 1 (Tätigkeitsbeschreibung) an den UV-Träger senden.

Hierher überwiesen von:

Die Genehmigung des UV-Trägers zur Überweisung in die BGSW auf dem F 2150 liegt vor:

ja  nein

Unfallversicherungsträger			
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum	
Beschäftigt als	Seit		
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Vollständige Anschrift des Versicherten		Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit
Geschlecht			
Unfalltag	Az. des UV-Trägers		
Behandlungsrelevante Diagnosen/Verletzungsfolgen (bitte genaue freitextliche Beschreibung): - falls abweichend vom F 2150 -			ICD 10
Vom o. g. Unfall unabhängige Erkrankungen/Vorschäden, die einen Einfluss auf den Heilverlauf nehmen: - falls abweichend vom F 2150 -			ICD 10
Relevante Funktions- und Fähigkeitsstörungen (nach ICF) zu Beginn der BGSW:  Ist der Versicherte rehafähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil  Therapieziele der BGSW-Klinik:			

Fügen Sie bitte zur Quantifizierung des Befundes ggf. Skalen und Messblätter bei.

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt, Ansprechpartner

Telefon-Durchwahl:

Datum

Unterschrift des Arztes

Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik

Gebühr für BGSW-Aufnahmebericht mit Anlage 1 ist in Gebühr für BGSW-Ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht F 2160 enthalten.

	<b>Institutionskennzeichen (IK)</b>
--	-------------------------------------

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## Tätigkeitsbeschreibung zum BGSW-Aufnahmebericht (Anlage 1)

Erlerner Beruf:

Vor dem Unfall ausgeübte Tätigkeit:

Wird inzwischen eine Rente vom RV-Träger bezogen?  ja  nein

Beschreibung der **zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit** des Versicherten:

### Art der Tätigkeit:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ständig stehend                    | <input type="checkbox"/> an Maschine stehend               | <input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten bis 7 kg      |
| <input type="checkbox"/> vorwiegend auf den Beinen          | <input type="checkbox"/> an Maschine sitzend               | <input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten von 7 - 20 kg |
| <input type="checkbox"/> gehend und stehend                 | <input type="checkbox"/> oft in gebückter Stellung         | <input type="checkbox"/> Heben u. Tragen von Lasten über 20 kg    |
| <input type="checkbox"/> ständig sitzend                    | <input type="checkbox"/> oft mit erhobenen Armen           | <input type="checkbox"/> auf Gerüst und Leitern                   |
| <input type="checkbox"/> im Wechsel von stehen/gehen/sitzen | <input type="checkbox"/> oft kniend, hockend               | <input type="checkbox"/> Erfordernis von Schwindelfreiheit        |
| <input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatz             | <input type="checkbox"/> andere Zwangshaltungen            | <input type="checkbox"/> Erfordernis von Gleichgewichtssinn       |
| <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr                   | <input type="checkbox"/> fremd-/ sprachliche Anforderungen | <input type="checkbox"/> besondere Handfertigkeiten               |
|   | <input type="checkbox"/> Leitungs-/ Führungsaufgaben       | <input type="checkbox"/> ständig beidhändig                       |

### Regelmäßige Arbeitszeit:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 6 Stunden und länger          | <input type="checkbox"/> Einschicht     | <input type="checkbox"/> Fließbandakkord               |
| <input type="checkbox"/> 3 Stunden bis unter 6 Stunden | <input type="checkbox"/> Zweischicht    | <input type="checkbox"/> Einzelakkord bzw. Stückakkord |
| <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden               | <input type="checkbox"/> Nachtschicht   | <input type="checkbox"/> Gruppenakkord                 |
|  | <input type="checkbox"/> Wechselschicht |  |

### Äußere Einflüsse:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeit bei künstlichem Licht     | <input type="checkbox"/> Kälte                           | <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung       |
| <input type="checkbox"/> angestrengtes Sehen (Feinarbeit) | <input type="checkbox"/> Hitze                           | <input type="checkbox"/> belästigende Rauchentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Arbeit im Freien                 | <input type="checkbox"/> Zugluft                         | <input type="checkbox"/> belästigende Gase oder Dämpfe |
| <input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt  | <input type="checkbox"/> Druckluft                       | <input type="checkbox"/> chemische Einflüsse           |
| <input type="checkbox"/> Nässe                            | <input type="checkbox"/> starker Lärm                    | <input type="checkbox"/> hautempfindliche Arbeiten     |
| <input type="checkbox"/> Tragen von Sicherheitsschuhen    | <input type="checkbox"/> Vibrationen und Erschütterungen |  |

### Sonstiges:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> lange Anfahrtszeiten              | <input type="checkbox"/> rasche Entscheidungsfähigkeit  | <input type="checkbox"/> Pkw                                  |
| <input type="checkbox"/> ständige Konzentration nötig      | <input type="checkbox"/> Anlagensteuerung (Überwachung) | <input type="checkbox"/> Lkw ohne Hebearbeiten                |
| <input type="checkbox"/> besondere Verantwortlichkeit      | <input type="checkbox"/> Auswärts-Montage               | <input type="checkbox"/> Lkw mit Hebearbeiten                 |
| <input type="checkbox"/> besonders gutes Reaktionsvermögen | <input type="checkbox"/> Reisetätigkeit                 | <input type="checkbox"/> sonstige Fahrzeuge                   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Baumaschinenführer (Kran, Bagger...) |

### Weitere spezifische Belastungen

Ich bestätige die Angaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten