

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.

	Institutionskennzeichen (IK)
--	------------------------------

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"/> belastigende Rauchentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Arbeit im Freien | <input type="checkbox"/> Zugluft | <input type="checkbox"/> belastigende 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