|  |
| --- |
| **BGSW-Kurzbericht** |
| Unfallversicherungsträger | Bitte zusammen mit der Anlage 1 (Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung) und der BGSW-Verordnung (F 2150) der versicherten Person für den D-Arzt/die D-Ärztin mitgeben und unverzüglich an den Unfallversicherungsträger senden. Therapieplan F 2158 beifügen. |
| […] |
| Name, Vorname der versicherten Person | Geburtsdatum |
| […] | […] |
| Beschäftigt als | Seit |
| […] | […] |
| Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der pflegebedürftigen Person) |
| […] |
| Vollständige Anschrift der versicherten Person | Telefon-Nr. der vers. Person | Staatsangehörigkeit | Geschlecht |
| […] | […] | […] | […] |
| Unfalltag | Az. des UV-Trägers |
| […] | […] |
| Diagnosen: | ICD 10 | Behandlungsergebnisse (insbesondere mit Bezug auf Funktions- und Fähigkeitsstörungen) |
|  |  |  |
| […] | […] | […] |
| Letzte Medikation und Applikationsform: |
| […] |
| Als arbeitsfähig entlassen: [ ]  ja [ ] nein |
| **Vorschläge** (Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.) |
| [ ]  Operation, stationär | [ ]  Operation, ambulant |  |
| [ ]  Stationäre Behandlung | [ ]  Ambulante Behandlung  |  |
| [ ]  Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) | [ ]  Physikalische Behandlung  | [ ]  Ergotherapie  |
| [ ]  Neuropsychologie/Psychotherapie | [ ]  Logopädie | [ ]  Rehabilitationssport |
| [ ]  Einschaltung der Berufshilfe | [ ]  Maßnahmen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes/berufsfördernde Leistungen | [ ]  Arbeitstherapie, stufenweise Wiedereingliederung |
| [ ]  Kfz-Hilfe | [ ]  Wohnungshilfe | [ ]  Hilfsmittelversorgung  |
| [ ]  Pflege | [ ]  Häusliche Krankenpflege  | [ ]  Haushaltshilfe |
| [ ]  Weiterbehandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik: […] |
| **Angekreuztes ggf. erläutern** |
| […] |
| **Datenschutz:**Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. |
| Aufnahmedatum: | […] | Entlassungsdatum: | […] |  |
|  |
| […] |  | […] |
| Datum | Unterschrift des Arztes/der Ärztin | Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Institutionskennzeichen (IK)**[…] |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

**Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zum BGSW-Kurzbericht (Anlage 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| **A.** | **Letzte berufliche Tätigkeit** |
| **Prognose:** |
| Die versicherte Person wird nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation voraussichtlich wieder fähig sein, ihre/seine bisherige berufliche Tätigkeit auszuüben. |
| **1.** | [ ]  Ja, ohne wesentliche Einschränkungen (wettbewerbsfähig und auf Dauer) |
| **2.** | [ ]  Ja, mit wesentlichen Einschränkungen (wie im Leistungsbild unter **B** beschrieben) |
| **3.** | [ ]  Nein (Begründung muss aus dem Leistungsbild unter **B** hervorgehen) |
| **4.** | [ ]  Noch nicht absehbar (Begründung erforderlich unter B.3) |
| **B.** | **Positives und negatives Leistungsbild (bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt)** |

***- Nur ausfüllen, falls unter A. die Nummern 2. oder 3. angekreuzt sind. -***

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Positives** Leistungsbild: Folgende Arbeiten können verrichtet werden: |
| körperliche Arbeitsschwere | [ ]  schwere | [ ]  mittelschwere | [ ]  leichte bis mittelschwere | [ ]  leichte  |
| Arbeitshaltung | Im Stehen: | [ ]  ständig[ ]  überwiegend[ ]  zeitweise | im Gehen: | [ ]  ständig[ ]  überwiegend[ ]  zeitweise | im Sitzen: | [ ]  ständig[ ]  überwiegend[ ]  zeitweise |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **Negatives** Leistungsbild: Einschränkungen beziehen sich auf:(Art und Ausmaß müssen differenziert unter Ziffer 3 beschreiben werden) |
|[ ]  **geistig/psychische Belastbarkeit**(Zu beachten sind insbesondere Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge.) |
|[ ]  **Sinnesorgane**(Zu beachten sind insbesondere Seh-, Hör, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen.) |
|[ ]  **Bewegungs-/Haltungsapparat**(Zu beachten sind insbesondere Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Standunsicherheit, Zwangshaltungen.) |
|[ ]  **Gefährdungs- und Belastungsfaktoren**(Zu beachten sind insbesondere Nässe, Zugluft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen und Allergene, Lärm > 85 dB, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten.) |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | Beschreibung des Leistungsbildes (insbesondere der unter Ziffer 2. genannten Einschränkungen): |
| […] |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit ausgeübt werden kann. |
|  | [ ]  unter 3 Stunden | [ ]  3 Stunden bis unter 6 Stunden | [ ]  6 Stunden und länger |