

BGSW-Kurzbericht

| | | | | |
|---|--|---|---------------------|--------------|
| Unfallversicherungsträger | | Bitte zusammen mit der Anlage 1 (Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung) und der BGSW-Verordnung (F 2150) dem Versicherten für den D-Arzt mitgeben und unverzüglich an den Unfallversicherungsträger senden. Therapieplan F 2158 beifügen. | | |
| 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 | |
| Unfalltag | Az. des UV-Trägers | | | |
| Diagnosen: | ICD 10 | Behandlungsergebnisse (insbesondere mit Bezug auf Funktions- und Fähigkeitsstörungen) | | |
| | | | | |
| Letzte Medikation und Applikationsform: | | | | |
| Als arbeitsfähig entlassen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | |
| Vorschläge (Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Operation, stationär | | <input type="checkbox"/> Operation, ambulant | | |
| <input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung | | <input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung | | |
| <input type="checkbox"/> Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) | <input type="checkbox"/> Physikalische Behandlung | <input type="checkbox"/> Ergotherapie | | |
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologie/Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport | | |
| <input type="checkbox"/> Einschaltung der Berufshilfe | <input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes/berufsfördernde Leistungen | <input type="checkbox"/> Arbeitstherapie, stufenweise Wiedereingliederung | | |
| <input type="checkbox"/> Kfz-Hilfe | <input type="checkbox"/> Wohnungshilfe | <input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung | | |
| <input type="checkbox"/> Pflege | <input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege | <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe | | |
| <input type="checkbox"/> Weiterbehandelnder Arzt/Klinik: | | | | |
| Angekreuztes ggf. erläutern | | | | |
| | | | | |

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Aufnahmedatum: _____ Entlassungsdatum: _____

Datum

Unterschrift des Arztes

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:

Der Versicherte wird nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation voraussichtlich wieder fähig sein, seine bisherige berufliche Tätigkeit auszuüben.

- Ja, ohne wesentliche Einschränkungen (wettbewerbsfähig und auf Dauer)
- Ja, mit wesentlichen Einschränkungen (wie im Leistungsbild unter **B** beschrieben)
- Nein (Begründung muss aus dem Leistungsbild unter **B** hervorgehen)
- 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 | <input type="checkbox"/> schwere | <input type="checkbox"/> mittelschwere | <input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere | <input type="checkbox"/> leichte | | |
| Arbeitshaltung | Im Stehen: | <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise | im Gehen: | <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise | im Sitzen: | <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise |

2. Negatives Leistungsbild: Einschränkungen beziehen sich auf:

(Art und Ausmaß müssen differenziert unter Ziffer 3 beschreiben werden)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | geistig/psychische Belastbarkeit (Zu beachten sind insbesondere Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge.) |
| <input type="checkbox"/> | Sinnesorgane (Zu beachten sind insbesondere Seh-, Hör-, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen.) |
| <input type="checkbox"/> | 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.) |
| <input type="checkbox"/> | 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