

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	
Geschlecht				
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"/> Belastungserprobung/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 beschrieben 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