

Mitteilung Arbeitsfähigkeit/ Abschluss besondere Heilbehandlung

– UV-Träger –

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit			
Name der versicherten Person		Vorname		Geburtsdatum		Krankenkasse	Familierversichert		Name des Mitglieds
							<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine Kopie an Kasse		
Vollständige Anschrift						Bei Pflegeunfall Pflegekasse der pflegebedürftigen Person			
Beschäftigt als			Seit			Telefon-Nr.		Staatsangehörigkeit	Geschlecht
Unfallbetrieb (Name, Anschrift und Telefon-Nr. des Arbeitgebers, der Kita, der (Hoch-)Schule, der pflegebedürftigen Person)									
Unfalltag									
<p>1 Die versicherte Person ist</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitsfähig ab</p> <p>(Bei Schülerinnen und Schülern bitte auf die Möglichkeit des Schulbesuchs abstellen.)</p>									
<p>2 Ärztliche Behandlung ist</p> <p>2.1 <input type="checkbox"/> zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung ab nicht mehr erforderlich.</p> <p>2.2 weiterhin erforderlich</p> <p><input type="checkbox"/> durch mich</p> <p><input type="checkbox"/> durch</p> <p style="padding-left: 40px;">Name und Anschrift der behandelnden D-Ärztin/des behandelnden D-Arztes</p> <p><input type="checkbox"/> durch</p> <p style="padding-left: 40px;">Name und Anschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes</p> <p>Wiedervorstellung am</p> <p>2.3 Die Behandlung erfolgt ab zu Lasten der (gesetzlichen) Krankenversicherung.</p>									
<p>3 Die Minderung der Erwerbsfähigkeit beträgt nach vorläufiger Schätzung über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus % (auch MdE-Sätze unter 20 % sind anzugeben).</p>									
<p>4 <input type="checkbox"/> Weitere Hinweise für den Unfallversicherungsträger:</p>									

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes

Verteiler

Unfallversicherungsträger
Eigenbedarf