

[...]

Ihr Zeichen: [...]
Ihre Nachricht vom: [...]
Unser Zeichen: [...]
Ihr Ansprechpartner: [...]
Telefon: [...]
Fax: [...]
E-Mail: [...]

Datum: [...]

Name, Vorname: [...]

geb.: [...]

Bericht Carpal tunnel-Syndrom BK-Nr. 2113

1 Seit wann behandeln Sie die versicherte Person?

[...]

2.1 Wann wurden Sie erstmals wegen Handgelenksbeschwerden in Anspruch genommen?

[...]

2.2 Welche Beschwerden wurden dabei vorgetragen?

[...]

2.3 Welchen Befund erhoben Sie bei der ersten Untersuchung?

[...]

...

2.4 Welche Erkenntnisse haben Sie zur Entstehung der Beschwerden gewonnen?

[...]

3.1 Wann und wo wurden Röntgen-, CT- und MRT-Aufnahmen gefertigt?
(Aufnahmen bitte beifügen)

[...]

3.2 Wie lautet der Röntgenbefund (sofern erhoben)?

[...]

4 Wann und wo sind Konsiliaruntersuchungen erfolgt?

[...]

5 Wann und wo sind elektrophysiologische Untersuchungen erfolgt und mit welchem Ergebnis?

[...]

- 6 Kurze Schilderung des Behandlungsverlaufs (Häufigkeit und wesentliche Behandlungsmaßnahmen, insbesondere stationäre Behandlung):

[...]

- 7 Bestand wegen des Leidens Arbeitsunfähigkeit?
Wenn ja, von wann bis wann?

[...]

- 8 Welcher Befund wurde zuletzt erhoben?
(subjektive Beschwerden, Unterschiede bei Belastung und Entlastung,
Bewegungseinschränkungen, Datum der letzten Untersuchung)

[...]

9 Hat sich eine Änderung seit dem Erstbefund ergeben? Welche?

[...]

10 Welche Erkrankungen oder Unfallfolgen liegen sonst noch vor, die für die Beurteilung des Krankheitsbildes von Bedeutung sein können? (insbesondere am Bewegungsapparat)

[...]

Name des Arztes, der Auskunft geben kann:

[...]

[...]

Ort, Datum

[...]

Unterschrift und Stempel

Institutionskennzeichen (IK)

[...]

Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 142 a) und Auslagen nach der UV-GOÄ.