

DGUV · Landesverband Nordost · Fregestr. 44 · 12161 Berlin

An die  
Durchgangsärzte,  
Chefärzte der am stationären  
berufsgenossenschaftlichen  
Verletzungsartenverfahren beteiligten  
Krankenhäuser (unfallchirurg., chirurg.,  
neurochirurg., kinderchirurg. und  
orthopädischen Abteilungen),  
Verwaltungsdirektoren der beteiligten  
Krankenhäuser

Ihr Zeichen	
Ihre Nachricht vom	
Unser Zeichen	Sk/tg
Ansprechpartner/in	Frau Schuck
Telefon	030/85105-5200
Fax	030/85105-5225
E-Mail	gabriele.schuck@dguv.de
Internet	www.dguv.de/landesverbaende
Datum	21. Juli 2010

## Rundschreiben D 15/2010

### 1. Fortbildungsveranstaltung für D-Arzt-Assistenzpersonal

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der großen Nachfrage führt der Landesverband in diesem Jahr 2 Seminare gleichen Inhalts für D-Arzt-Assistenzpersonal am

**08. September 2010, 12:00 – 15:30 Uhr    Universitätsklinikum Rostock**  
**15. September 2010, 12:00 – 15:30 Uhr    Unfallkrankenhaus Berlin**

durch. Es sollen die Grundsätze der gesetzlichen Unfallversicherung erläutert und vertieft werden sowie Änderungen vorgestellt und bekannte Probleme erörtert werden. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte beiliegendem Flyer.

Wir weisen Sie auf die Teilnehmergebühr i.H.v. 40,- EUR hin, für die Sie nach Anmeldung eine Rechnung erhalten.

Die Anmeldung kann per Mail, per Post bzw. per Fax erfolgen. Bitte nutzen Sie den beiliegenden Vordruck. Hierbei handelt es sich um ein PDF-Formular, das Sie am Bildschirm ausfüllen können.

**Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung e.V. (DGUV)**

Spitzenverband der gewerblichen  
Berufsgenossenschaften und der  
Unfallversicherungsträger der  
öffentlichen Hand

Landesverband Nordost  
Fregestr. 44  
12161 Berlin  
Telefon 030 85105-5220  
Fax 030 85105-5225  
E-Mail lv-nordost@dguv.de  
Internet www.dguv.de/landesverbaende

SEB AG Bonn  
Konto 1014 846 000, BLZ 380 101 11  
IBAN DE64 3801 0111 1014 8460 00  
BIC ESSEDE5F380

USt-ID-Nr. DE 123 382 489  
Steuer-Nr. 222/5737/0441  
IK 120591481

Kreissparkasse Köln  
Konto 222323, BLZ 370 502 99  
IBAN DE23370502990000222323  
BIC COKSDE33

## **2. Montagsfortbildung**

Sie erhalten das Programm für die Montagsfortbildungsveranstaltung für  
D- und H-Ärzte am 06.09.2010.

Beginn ist 19.00 Uhr.

Ort: Hörsaal des Unfallkrankenhauses Berlin, Warener Straße 7, 12683 Berlin.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Schuck  
Geschäftsstellenleiterin

## Montagsfortbildung am 06.09.2010

19:00 Uhr Begrüßung

- Prof. Dr. Axel Ekkernkamp, Prof. Dr. Michael Wich -

19:10 Uhr Frakturen der Brust- und Lendenwirbelsäule  
Indikation und Technik der dorsalen Stabilisierung mittels Fixateur interne

- Peter Heumann -

19:30 Uhr Frakturen der Brust- und Lendenwirbelsäule  
Indikation und Technik der ventralen Stabilisierung

- Klaus-Dieter Schaser -

20:00 Uhr Herausgabe von Patientenunterlagen

- Andreas Dietze -

20:30 Uhr Imbiss

Mittwoch, 8. September 2010

Referentenverzeichnis

Wir laden Sie ein zum

## D-Arzt-Assistenzpersonal-Seminar

am 8. September 2010.

Das Seminar findet im Hörsaal der Klinik für Innere  
Medizin Universitätsklinikum Rostock, Schillingallee 35,  
18057 Rostock, statt.

Im Rahmen dieses Seminars sollen die Grundsätze der  
gesetzlichen Unfallversicherung erläutert und vertieft  
werden, sowie Änderungen vorgestellt und bekannte  
Probleme erörtert werden.

Hintergrund ist eine Verbesserung des Verständnisses  
für die Besonderheiten der gesetzlichen  
Unfallversicherung.

Berlin, im Juli 2010

DGUV - Landesverband Nordost

12.00 Uhr

**Begrüßung**

12.05 Uhr

**Der Durchgangsarztbericht (F1000)  
Kreis der versicherten Personen  
Versicherungsfall**  
*Schnarbach, Ziche*

13.00 Uhr

**Abrechnungsgrundsätze der UV-GOÄ**  
*Hecke*

13.30 Uhr

**Diskussion**

13.45 Uhr

**Kaffeepause**

14.15 Uhr

**Sonstige Vordrucke  
Nachschaubericht (F 2106)  
Zwischenbericht (F 2100)  
Überweisung (F 2902)  
Abschlussmitteilung (F 2222)  
Verordnungen**  
*Schnarbach, Ziche*

14.45 Uhr

**Diskussion**

15.00 Uhr

**Aus der Praxis für die Praxis**  
*Fragen der Teilnehmer*

15.30 Uhr

**Ausgabe der Teilnahmebescheinigungen**

**Hecke, Ronald**

DGUV - Landesverband Nordost,  
Fregestr. 44, 12161 Berlin

**Scharbach, Henry**

Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten,  
Fregestr. 44, 12161 Berlin

**Ziche, Gerald**

DGUV - Landesverband Nordost,  
Fregestr. 44, 12161 Berlin

# Allgemeine Hinweise

## Veranstaltungsort:

Hörsaal der Klinik für Innere Medizin  
Universitätsklinikum Rostock, Schillingallee 35,  
18057 Rostock.

## Parkplätze:

Parkplätze befinden sich um das Klinikgelände herum.  
Gegenüber dem Haupteingang befindet sich ein kostenpflichtiges Parkhaus.

## Handout:

Die Handouts werden mit der Teilnahmebescheinigung am Ende der Veranstaltung verteilt.

## Auskünfte zum Seminar und Anmeldung :

DGUV - Landesverband Nordost, Fregestraße 44,  
12161 Berlin,  
Tel.: 030/85105-5220, Fax: 030/85105-5225,  
E-Mail: [lv-nordost@dguv.de](mailto:lv-nordost@dguv.de)

Es wird eine **Teilnehmergebühr in Höhe von 40 €** erhoben.

Eine verbindliche Anmeldung mit dem beiliegenden Anmeldeformular **bis spätestens 29.08.2010** ist notwendig.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung  
Landesverband Nordost

Fregestr. 44  
12161 Berlin  
Telefon: 030 85105-5220  
Telefax: 030 85105-5225  
[www.dguv.de/landesverbaende](http://www.dguv.de/landesverbaende)  
E-Mail: [lv-nordost@dguv.de](mailto:lv-nordost@dguv.de)

 **DGUV**  
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung  
Landesverband Nordost

**Durchgangsarztbericht** - UV-Träger - Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger		Eingetroffen am		Uhrzeit	
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds, in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)	
Beschäftigt als		Seit		Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen	
Unfallbeleg, 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
1 Unfalltag		Uhrzeit	Beginn der Arbeitszeit	Uhr	Ende der Arbeitszeit
2 Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist					
3 Verhalten des Versicherten nach dem Unfall					
4.1 Art der ersten (nicht durchgangsärztlich) Versorgung			4.2 Erstmals behandelt am		
5 Befund			Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
6 Röntgenergebnis					
7 Erstdiagnose (einfach oder kompliziert, Einstufung, wenn möglich nachmelden)					ICD 10
8 Art der Verletzung (durch den D-Arzt)					ICPM
					AO-Klassifikation
9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsfalls von Bedeutung sein können					
10 Sorechen Hergang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsfalls? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil					
11 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil					
12 Art der Heilbehandlung					
<input type="checkbox"/> allgemeine Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil	
<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt		<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär			
<input type="checkbox"/> durch mich		Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?			
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nach Ziffer			
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit					
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig		<input type="checkbox"/> voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab		14 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zugezogen wird	
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig ab		<input type="checkbox"/> voraussichtlich länger als 8 Monate arbeitsunfähig			
15 Nachschau ist erforderlich, sofern dann noch AJ oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte, am <input type="text"/> : bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben.					
16 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses					
Datum		Unterschrift des Durchgangsarztes		Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes	

F 1000 0104 Durchgangsarztbericht

## D-Arzt-Assistenzpersonal-Seminar

8. September 2010

im Universitätsklinikum Rostock

## **ANMELDUNG**

Per Mail: lv-nordost@dguv.de  
Per Post: DGUV, LV Nordost – Fregestr. 44, 12161 Berlin  
Per Fax: 030 85105-5225

Telefonische Auskünfte:  
030/85105-5220 oder 030/85105-5013

### **D-Arzt-Assistenzpersonal-Seminar am 08. September 2010 im Universitätsklinikum Rostock**

Für jeden Teilnehmer ist eine gesonderte Anmeldung auszufüllen.  
Die Gebühr beträgt 40,00 €. Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung.

#### **Anmeldeschluss ist der 29. August 2010**

Hiermit melde ich mich verbindlich an  
**(Bitte in Druckschrift vollständig ausfüllen!)**:

#### **Teilnehmer:**

\_\_\_\_\_

Titel	Name	Vorname
-------	------	---------

#### **Rechnungsanschrift:**

\_\_\_\_\_

Praxis, Krankenhaus, Firma

\_\_\_\_\_

PLZ	Ort	Straße und Hausnummer
-----	-----	-----------------------

\_\_\_\_\_

Telefon	Fax
---------	-----

\_\_\_\_\_

E-Mail

**Datenschutzerklärung:** Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. zum Zweck der Durchführung der Veranstaltung erfasst und verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift

Mittwoch, 15. September 2010

Referentenverzeichnis

Wir laden Sie ein zum

## **D-Arzt-Assistenzpersonal-Seminar**

**am 15. September 2010.**

Das Seminar findet im Hörsaal des Unfallkrankenhauses Berlin, Altes Kesselhaus, Warener Straße 7, 12683 Berlin, statt.

Im Rahmen dieses Seminars sollen die Grundsätze der gesetzlichen Unfallversicherung erläutert und vertieft werden, sowie Änderungen vorgestellt und bekannte Probleme erörtert werden.

Hintergrund ist eine Verbesserung des Verständnisses für die Besonderheiten der gesetzlichen Unfallversicherung.

Berlin, im Juli 2010

DGUV - Landesverband Nordost

12.00 Uhr

**Begrüßung**

12.05 Uhr

**Der Durchgangsarztbericht (F1000)  
Kreis der versicherten Personen  
Versicherungsfall**  
*Schnarbach, Ziche*

13.00 Uhr

**Abrechnungsgrundsätze der UV-GOÄ**  
*Hecke*

13.30 Uhr

**Diskussion**

13.45 Uhr

**Kaffeepause**

14.15 Uhr

**Sonstige Vordrucke  
Nachschaubericht (F 2106)  
Zwischenbericht (F 2100)  
Überweisung (F 2902)  
Abschlussmitteilung (F 2222)  
Verordnungen**  
*Schnarbach, Ziche*

14.45 Uhr

**Diskussion**

15.00 Uhr

**Aus der Praxis für die Praxis**  
*Fragen der Teilnehmer*

15.30 Uhr

**Ausgabe der Teilnahmebescheinigungen**

**Hecke, Ronald**

DGUV - Landesverband Nordost,  
Fregestr. 44, 12161 Berlin

**Scharbach, Henry**

Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten,  
Fregestr. 44, 12161 Berlin

**Ziche, Gerald**

DGUV - Landesverband Nordost,  
Fregestr. 44, 12161 Berlin

# Allgemeine Hinweise

## Veranstaltungsort:

Hörsaal des Unfallkrankenhauses Berlin, Altes Kesselhaus, Warener Straße 7, 12683 Berlin

## Parkplätze:

Vor dem Unfallkrankenhaus Berlin befindet sich ein Parkhaus für Besucher. Die Gebühren betragen 1,50 € pro Stunde. Kostenfreie Parkplätze befinden sich an der Altentrepptower Straße.

## Handout:

Die Handouts werden mit der Teilnahmebescheinigung am Ende der Veranstaltung verteilt.

## Auskünfte zum Seminar und Anmeldung :

DGUV - Landesverband Nordost, Fregestraße 44, 12161 Berlin,  
Tel.: 030/85105-5220, Fax: 030/85105-5225,  
E-Mail: [lv-nordost@dguv.de](mailto:lv-nordost@dguv.de)

Es wird eine **Teilnehmergebühr in Höhe von 40 €** erhoben.

Eine verbindliche Anmeldung mit dem beiliegenden Anmeldeformular **bis spätestens 05.09.2010** ist notwendig.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung  
Landesverband Nordost

Fregestr. 44  
12161 Berlin  
Telefon: 030 85105-5220  
Telefax: 030 85105-5225  
[www.dguv.de/landesverbaende](http://www.dguv.de/landesverbaende)  
E-Mail: [lv-nordost@dguv.de](mailto:lv-nordost@dguv.de)

**Durchgangsarztbericht** - UV-Träger - Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger		Eingetroffen am		Uhrzeit	
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds, in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)	
Beschäftigt als		Seit		Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen	
Unfallbeleg, 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
1 Unfalltag		Uhrzeit	Beginn der Arbeitszeit	Uhr	Ende der Arbeitszeit
2 Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist					
3 Verhalten des Versicherten nach dem Unfall					
4.1 Art der ersten (nicht durchgangsärztlich) Versorgung			4.2 Erstmals behandelt am		
5 Befund			Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
6 Röntgenergebnis					
7 Erstdiagnose (einfach oder kompliziert, Einstufung, wenn möglich, nachmelden)					ICD 10
8 Art der Verletzung (durch den D-Arzt)					ICPM
					AO-Klassifikation
9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsfalls von Bedeutung sein können					
10 Sorechen Hergang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil					
11 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil					
12 Art der Heilbehandlung					
<input type="checkbox"/> allgemeine Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil	
<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt		<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär			
<input type="checkbox"/> durch mich		Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?			
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nach Ziffer			
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit					
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig		<input type="checkbox"/> voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab		14 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zugezogen wird	
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig ab:		<input type="checkbox"/> voraussichtlich länger als 8 Monate arbeitsunfähig			
15 Nachschau ist erforderlich, sofern dann noch AJ oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte, am <input type="text"/> : bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben.					
16 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses					
Datum		Unterschrift des Durchgangsarztes		Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes	

F 1000 0104 Durchgangsarztbericht

## D-Arzt-Assistenzpersonal-Seminar

15. September 2010

im Unfallkrankenhaus Berlin

## **ANMELDUNG**

Per Mail: lv-nordost@dguv.de  
Per Post: DGUV, LV Nordost – Fregestr. 44, 12161 Berlin  
Per Fax: 030 85105-5225

Telefonische Auskünfte:  
030/85105-5220 oder 030/85105-5013

### **D-Arzt-Assistenzpersonal-Seminar am 15. September 2010 im Unfallkrankenhaus Berlin**

Für jeden Teilnehmer ist eine gesonderte Anmeldung auszufüllen.  
Die Gebühr beträgt 40,00 €. Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung.

#### **Anmeldeschluss ist der 05. September 2010**

Hiermit melde ich mich verbindlich an  
**(Bitte in Druckschrift vollständig ausfüllen!)**:

#### **Teilnehmer:**

\_\_\_\_\_

Titel	Name	Vorname
-------	------	---------

#### **Rechnungsanschrift:**

\_\_\_\_\_

Praxis, Krankenhaus, Firma

\_\_\_\_\_

PLZ	Ort	Straße und Hausnummer
-----	-----	-----------------------

\_\_\_\_\_

Telefon	Fax
---------	-----

\_\_\_\_\_

E-Mail

**Datenschutzerklärung:** Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. zum Zweck der Durchführung der Veranstaltung erfasst und verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift