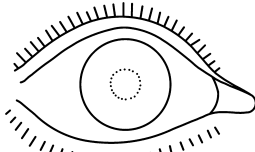
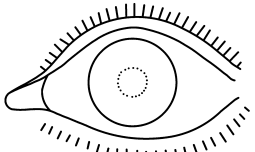


Augenarztbericht

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit			
Name der versicherten Person		Vorname	Geburtsdatum		Krankenkasse	Familienversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine Kopie an Kasse		Name des Mitglieds	
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)									
1 Unfalltag	Uhrzeit		Unfallort		Beginn der Arbeitszeit Uhr		Ende der Arbeitszeit Uhr		
2 Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist									
3 Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall									
4.1 Art der ersten (nicht augenärztlichen) Versorgung				4.2 Erstmals ärztlich behandelt am					durch
5 Befund				5.1 Beschwerden/Klagen					
 RA <input type="checkbox"/>		 LA <input type="checkbox"/>							
5.2 Klinische Untersuchungsbefunde									
5.3 Sehschärfe (fern)									
ohne Korrektur			R _____	L _____	Refraktion:				
mit Korrektur			R _____	L _____	dpt sph. _____	dpt. cyl. _____	Achse _____		
			L _____		dpt sph. _____	dpt. cyl. _____	Achse _____		
6 Erstdiagnose - Freitext - (Änderungen/Konkretisierungen unverzüglich nachmelden)								ICD 10	
7 Art der augenärztlichen Versorgung									
8 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können									
9 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des Augenarztberichts auszuhändigen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil									
10 Art der Heilbehandlung									
<input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung					<input type="checkbox"/> Ambulant				
<input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-Ärztin/D-Arzt (Bitte genaue Anschrift angeben.)					<input type="checkbox"/> Stationär				
11 Weiterbehandlung erfolgt									
<input type="checkbox"/> durch mich									
<input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben									
12 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit					13 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?				
<input type="checkbox"/> Arbeitsfähig			<input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird				
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab			<input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig						
14 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)									
Datum			Name und Anschrift (Stempel) der Augenärztin/des Augenarztes			Unterschrift der Augenärztin/des Augenarztes			

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

Weitere Ausführungen des Augenarztes

Datenschutz: Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Rechnung Nur abrechnen, wenn keine Weiterbehandlung durch Sie vorgesehen ist. Ansonsten Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

Berichtsgebühr	nach Nr. 126	UV-GOÄ	EUR	Besondere Kosten	
Ärztliche Leistung	nach Nr. _____	UV-GOÄ	EUR		EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	EUR		EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	EUR		EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	EUR		EUR
Summe Besondere Kosten			EUR	←	
Porto			EUR		
		zusammen	EUR		

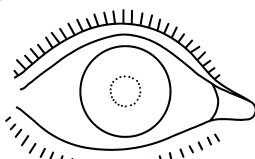
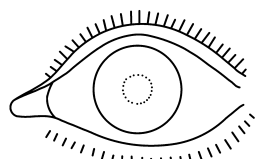
Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK - Bankverbindung (IBAN) -

Verteiler
Unfallversicherungsträger
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt
Eigenbedarf
Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei familienversicherten Personen

Augenarztbericht

– Für den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin –

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit					
Name der versicherten Person		Vorname	Geburtsdatum		Krankenkasse	Familienversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine Kopie an Kasse		Name des Mitglieds			
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)											
1 Unfalltag	Uhrzeit		Unfallort		Beginn der Arbeitszeit Uhr		Ende der Arbeitszeit Uhr				
2 Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist											
3 Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall											
4.1 Art der ersten (nicht augenärztlichen) Versorgung					4.2 Erstmals ärztlich behandelt am				durch		
5 Befund					5.1 Beschwerden/Klagen						
 RA <input type="checkbox"/>		 LA <input type="checkbox"/>									
5.2 Klinische Untersuchungsbefunde											
5.3 Sehschärfe (fern)											
ohne Korrektur			R	_____							
			L	_____		Refraktion:					
mit Korrektur			R	_____		dpt sph.	_____	dpt. cyl.	_____	Achse	_____
			L	_____		dpt sph.	_____	dpt. cyl.	_____	Achse	_____
6 Erstdiagnose - Freitext - (Änderungen/Konkretisierungen unverzüglich nachmelden)								ICD 10			
7 Art der augenärztlichen Versorgung											
8 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können											
9 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des Augenarztberichts auszuhändigen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil											
10 Art der Heilbehandlung											
<input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung					<input type="checkbox"/> Ambulant						
<input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-Ärztin/D-Arzt (Bitte genaue Anschrift angeben.)					<input type="checkbox"/> Stationär						
11 Weiterbehandlung erfolgt											
<input type="checkbox"/> durch mich											
<input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben											
12 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit					13 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?						
<input type="checkbox"/> Arbeitsfähig			<input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird						
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab			<input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig								
14 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)											
Datum		Name und Anschrift (Stempel) der Augenärztin/des Augenarztes				Unterschrift der Augenärztin/des Augenarztes					

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

Weitere Ausführungen des Augenarztes

Datenschutz: Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Augenarztbericht

- Krankenkasse -

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit		
Name der versicherten Person		Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	Familienversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine Kopie an Kasse		Name des Mitglieds	
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)								
1 Unfalltag	Uhrzeit	Unfallort		Beginn der Arbeitszeit Uhr	Ende der Arbeitszeit Uhr			
2 Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist								
6 Erstdiagnose - Freitext - (Änderungen/Konkretisierungen unverzüglich nachmelden)						ICD 10		
9 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des Augenarztberichts auszuhändigen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil								
10 Art der Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-Ärztin/D-Arzt (Bitte genaue Anschrift angeben.)				<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär				
11 Weiterbehandlung erfolgt <input type="checkbox"/> durch mich <input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben								
12 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit <input type="checkbox"/> Arbeitsfähig <input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab <input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig				13 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird				
Datum	Name und Anschrift (Stempel) der Augenärztin/des Augenarztes				Unterschrift der Augenärztin/des Augenarztes			

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

Weitere Ausführungen des Augenarztes

Datenschutz: Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.