

# Verlaufsbericht

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								
<b>Anlass der Berichterstattung</b>								
<input type="checkbox"/> Wiedervorstellung durch andere Ärztin/anderen Arzt	<input type="checkbox"/> Wiedervorstellung auf eigene Veranlassung	<input type="checkbox"/> Anforderung durch UV-Träger						
<input type="checkbox"/> Übernahme in besondere Heilbehandlung ab		durch						
<input type="checkbox"/> Besonderheiten im Heilverlauf (§ 16 ÄV, auch während stationärer Behandlung):								
<input type="checkbox"/> Es sind Komplikationen eingetreten								
<input type="checkbox"/> Hinweise zur beruflichen Wiedereingliederung (§ 17 ÄV)								
<input type="checkbox"/> <b>Allgemeine Heilbehandlung</b>								
Aktueller Befund und bisheriger Verlauf/ggf. Behandlungsvorschlag								
<input type="checkbox"/> Die versicherte Person verbleibt in allgemeiner Heilbehandlung bei		und ist						
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig	<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig voraussichtlich bis							
Erneute Wiedervorstellung ist aus medizinischen Gründen erforderlich am , sofern dann noch Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte; bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde der versicherten Person bekannt gegeben.								
<b>Nur bei Einleitung oder Fortführung besonderer Heilbehandlung ab hier weiter mit Punkt 1:</b>								
<input type="checkbox"/> <b>Besondere Heilbehandlung</b>								
1 Befund								
1.1 Aktuelle Beschwerden/Klagen								
1.2 Behandlungsverlauf (auch während stationärer Behandlung, ggf. OP-Bericht per Post nachsenden)								
1.3 Aktuelle klinische Untersuchungsbefunde								
1.4 Ergebnis zusätzlicher bildgebender Diagnostik								
1.5 Aktuelle Diagnose/Konkretisierungen der bisherigen Diagnose - <b>Freitext</b> -								
						<b>AO-Klassifikation</b>		
						<b>ICD 10</b>		
2 Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?								
<input type="checkbox"/> Nein								
<input type="checkbox"/> Ja								
<input type="checkbox"/> VAV nach Ziffer								
<input type="checkbox"/> SAV nach Ziffer								
3 Sind weitere Maßnahmen zur Diagnostik und Heilbehandlung vorgesehen?								
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?							
4 Weiterbehandlung erfolgt								
<input type="checkbox"/> durch mich								
<input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben								

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

5 Gibt es Hinweise für eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
6 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls oder für den Heilverlauf von Bedeutung sein können, soweit nicht bereits im Durchgangsarztbericht beschrieben
7 Sind Reha-Maßnahmen erforderlich (z. B. Physiotherapie, EAP, ABMR, BGSW)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ab Wo?
8 Sind besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Schuhversorgung, Hilfsmittel) erforderlich? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
9 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit Die versicherte Person ist <input type="checkbox"/> weiter arbeitsfähig <input type="checkbox"/> weiter arbeitsunfähig voraussichtlich bis Die Behandlung ist voraussichtlich abgeschlossen am:
10 Bestehen Bedenken, dass die versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit dauerhaft wieder ausüben kann? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil <input type="checkbox"/> Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil
11 Ist eine stufenweise Wiedereingliederung erforderlich? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, voraussichtlich ab
12 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum	Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes
-------	--

Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Nr. 115 UV-GOÄ.

<b>Mitteilung an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt bei allgemeiner Heilbehandlung</b> Sie erhalten meinen Bericht. Bitte stellen Sie die Patientin/den Patienten spätestens zum vorgesehenen Termin wieder bei mir vor, wenn sie/er bis dahin nicht wieder arbeitsfähig oder noch behandlungsbedürftig ist.
---

**Verteiler**  
Unfallversicherungsträger  
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt bei allgemeiner Heilbehandlung  
Eigenbedarf