|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht** | | | | | | | | | | | | | |
| Unfallversicherungsträger | | | | | | | | Bitte ausführlichen Abschlussbericht an den D-Arzt/die D-Ärztin und den Unfallversicherungsträger senden. Bitte fügen Sie eine Kopie des Therapieplans an den Unfallversicherungsträger bei. | | | | | |
| […] | | | | | | | |
| Name, Vorname der versicherten Person | | | | | | Geburtsdatum | |
| […] | | | | | | […] | |
| Beschäftigt als | | | | Seit | | | |
| […] | | | | […] | | | |
| Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der pflegebedürftigen Person) | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | |
| Vollständige Anschrift der versicherten Person | | | | | | | | Telefon-Nr. der vers. Person | | | | Staatsangehörigkeit | Geschlecht |
| […] | | | | | | | | […] | | | | […] | […] |
| Unfalltag | | | Az. des UV-Trägers | | | | | | | | | | |
| […] | | | […] | | | | | | | | | | |
| Erwartet werden **behandlungsrelevante** Angaben zu folgenden Bereichen (soweit nicht bereits in Aufnahme- und Kurzbericht beschrieben): - Fügen Sie bitte zur Quantifizierung der Befunde Skalen und Messblätter bei. - | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Diagnosen: | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Kurze Anamnese: | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Aufnahme- und Abschlussbefund einschl. Messblätter und funktioneller Status: | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Kritische Würdigung des Gesamtverlaufs: | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Sozialmedizinische Epikrise und Nachsorgekonzept (soweit kein BGSW-Kurzbericht erstattet wurde, bitte Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung – Anlage 1 zum BGSW-Kurzbericht – beifügen): | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | |
| **Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. | | | | | | | | | | | | | |
| Aufnahmedatum: | | […] | | | Entlassungsdatum: | | […] | | |  | | | |
| […] | | | | | | | | | | | […] | | |
| Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin, Ansprechpartner/Ansprechpartnerin | | | | | | | | | | | Telefon-Durchwahl: | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | |  | | | | | | […] | | | | |
| Datum | | | Unterschrift des Arztes/der Ärztin | | | | | | Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik | | | | |

Gesamtgebühr für BGSW-Aufnahme-, BGSW-Kurz- und BGSW-Ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht nach UV-GOÄ Nr. 117

|  |  |
| --- | --- |
| Rechnungsnummer  […] | **Institutionskennzeichen (IK)**  […]  **Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – |