|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | Ihr Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  | […] |
|  |  |  |  | Unser Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihr Ansprechpartner: |  | […] |
|  |  |  |  | Telefon: |  | […] |
|  |  |  |  | Fax: |  | […] |
|  |  |  |  | E-Mail: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Datum: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |

Name, Vorname: […] geb.: […]

**Bericht Carpaltunnel-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 Ärztin, der/die Auskunft geben kann: |
|  | […] |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| […] |  |  |
| Ort, Datum |  | **Institutionskennzeichen (IK)** |
| […] |  | […] **Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – |
| Unterschrift und Stempel |  |  |

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