

Muster-Ablaufdiagramm zur Überwachung und Steuerung des Heilverfahrens

Aktuelle Tagespost: Ärztliche Erstberichte

- D-Arzt-Berichte
- H-Arzt-Berichte
- A 13-Berichte

Sortierung

- (5) Problemdiagnosen

nein

Bearbeitung durch die
Unfallsachbearbeitung

ja

Entscheidung über die Vorlage an den beratenden Arzt

Kriterien:

- Unklare Diagnose,
- Unklarer Hergang,
- Sonstige Auffälligkeiten

nein

Bearbeitung durch die
Unfallsachbearbeitung

ja

Vorlage des Berichtes mit
Faxanfrage an den beratenden Arzt

Faxantwort des beratenden
Arztes mit Stellungnahme

Sofortige Umsetzung der Stellungnahme, z.B.:

- Zusätzliche Diagnostik
- Verlegung
- Vorstellung beim beratenden Arzt
- Nach-/Umschlüsselung der Weller-Diagnose
- Sonstiges

Weiterbearbeitung
durch die
Unfallsachbearbeitung

Terminüberwachung/
Wiedervorlage bei der
Sonderbearbeitung

Empfehlungen für die Unfallsachbearbeitung zur Steuerung des Heilverfahrens



Vorwort

Die im Rahmen unserer Studie zur Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens festgestellten Ergebnisse, die wir konzentriert anlässlich der Unfallmedizinischen Tagung in Berlin vom 10./11.09.1999 vorgestellt haben, waren für uns der Grund, entsprechende Maßnahmen vorzuschlagen, die zur Verbesserung des Heilverfahrens beitragen sollen.

Die Studie hat gezeigt, dass durch eine frühzeitige Einschaltung der beratenden Ärzte eine Optimierung der Heilbehandlung und eine Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitszeiten erreicht wird.

Diesen Erkenntnissen trägt die vorliegende Broschüre Rechnung, die bezogen auf die von uns untersuchten Verletzungen konkrete Hinweise für die tägliche Praxis der Heilverfahrenssteuerung für die Unfallsachbearbeitung gibt.

Die nachfolgenden Empfehlungen wurden mit den beratenden Ärzten der angeschlossenen Verwaltungen abgestimmt.

Wir würden uns freuen, wenn möglichst viele Unfallversicherungsträger diesen Verfahrensablauf zur Überwachung und Steuerung des Heilverfahrens in ihre Bearbeitungssysteme integrieren würden.

Wir danken den Mitgliedern des Arbeitskreises für ihr Engagement; insbesondere sind die Herren Kübke, Prof. Dr. Südkamp, Ritter und Krüger zu nennen.

Sollten sich bei Ihnen hinsichtlich der Broschüre bei der täglichen Arbeit Hinweise, Anregungen oder Kritikpunkte ergeben, so wenden Sie sich bitte an

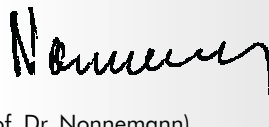
Herrn Lutz Krüger
Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten
Fregestr.44
12161 Berlin
Telefon: 030 / 851 05-5010
Fax: 030 / 851 05-5016
E-Mail: Lutz_Krueger@BGN.de



(Prof. Dr. Ekkernkamp)
Beratender Arzt



(Last)
Geschäftsführer



(Prof. Dr. Nonnemann)
Beratender Arzt

Teil I Medizinische Merkmale

Distorsionen des Kniegelenkes

Immer, wenn eine der nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen/Bedingungen, Untersuchungen oder wenn Tests nicht vorliegen: Rücksprache mit dem behandelnden Arzt oder Vorlage an den beratenden Arzt !!

Auf welche typischen Merkmale ist beim Studium des Arztberichtes zu achten ?

a) medizinische Voraussetzungen der isolierten Verletzungsart (Schilderung des Unfallhergangs)

- es handelt sich um Verdrehungen, Verrenkungen, Zerrungen; *nicht* um Prellungen !
- diese Verletzungsmuster können *nur bei indirekter* Einwirkung auftreten; folglich fehlen Anzeichen *direkter* Gewalteinwirkung (Hautabschürfung, Rötung, etc.)
- bei Anzeichen direkter Gewalteinwirkung *kann es sich im Regelfall nicht um eine Distorsion handeln*

b) Unfallmechanismus

- eine Distorsion bedingt einen *kurzfristigen, unkoordinierten* Bewegungsablauf
- eine Distorsion kann nur vorliegen, wenn das von außen *einwirkende Kraftpotenzial die körpereigene mögliche Bewegungsabwehrkraft übersteigt*
- die Diagnose „Distorsion“ ist *ausschließlich eine unfallbedingte Diagnose*; wenn kein Unfallereignis geschildert wird, ist diese Diagnose falsch.

c) Diagnosevariationen

- häufig wird als Diagnose auch „Verrenkungstrauma“ oder „Verdrehungstrauma“ angegeben. Schon der Begriff „Trauma“ zeigt ein Unfallereignis auf; auch diese Diagnosen sind unter dem Begriff „Distorsion“ zu subsumieren und entsprechend zu verschlüsseln.

d) Diagnostik

- **Röntgen:**
Das Kniegelenk muss immer in 2 Ebenen geröntgt werden, zusätzlich Anfertigung einer tangentialen Patellaaufnahme. Häufig liegt die Patella-Tangentialaufnahme nicht vor, die erforderlich ist, um eine Aussage über eine mögliche Schädigung der Kniescheibe zu treffen.

- **Tests:**
Folgende Testmethoden existieren und *sind* bei einer Knie-Distorsion zum Ausschluss tiefergehender Verletzungen *durchzuführen* (sind aber mitunter erst nach einigen Tagen oder Wochen durchführbar):

- Lachman-Test: (vordere Schublade; Verletzung vorderes Kreuzband ?)
- Jerk-Test: (Verletzung vorderes Kreuzband ?)
- Steinmann-Test: (Meniskusverletzung ?)
- McMurray-Test: (Meniskusverletzung ?)
- Payr-Test: (Meniskusverletzung ?)
- Seitenband-Test: (Seitenbandverletzung ?)
- Hintere Schublade: (Verletzung hinteres Kreuzband ?)

● Kernspintomographie:

- bei Diagnose „Distorsion des Kniegelenkes“ *möglich, aber nur, wenn*
- die im vorherigen Abschnitt aufgeführten *Tests durchgeführt* worden sind und
- nur beim *zugelassenen und ausgebildeten Radiologen*

- wenn eine Kernspintomographie *ohne vorherige Durchführung der genannten Tests* erfolgt, ist dies zu hinterfragen, indem vom behandelnden Arzt eine **Indikationsbegründung** einzufordern ist.
Eine Indikation ist zum Beispiel ein stark schmerzhaft geschwollenes Knie, bei dem die genannten Tests nicht durchgeführt werden können.
Weiterhin ist oftmals **rein klinisch** eine Abgrenzung zwischen Seitenband- und Meniskusverletzung **nicht sicher möglich**
Die Kernspintomographie erlaubt **keine 100%ige Aussage** über die gesamtpathologischen Veränderungen !

● Arthroskopie:

- Eine **diagnostische** Arthroskopie sollte **nicht mehr** durchgeführt werden; die Alternative ist hier die Kernspintomographie.
Arthroskopie möglichst immer in Verbindung mit definitiver Therapie.

e) Therapie

Immer, wenn **über 3 Wochen hinaus** die Verletzung **ruhiggestellt** wird, ohne, dass eine Therapie durchgeführt wird, **ist durch die Sachbearbeitung einzugreifen** :
Es ist **umgehend** per Fax ein **Bericht mit konkreter Diagnostik und einem Therapie-vorschlag** anzufordern.

Wenn Diagnostik oder Therapie-vorschlag fehlen oder zeitnah kein Bericht übersandt wird:

sofort Vorstellung beim beratenden Arzt oder einer qualifizierten Klinik !!

Frakturen der Wirbelsäule

Auf welche typischen Merkmale ist beim Studium des Arztberichtes zu achten ?

a) medizinische Voraussetzungen der isolierten Verletzungsart (Schilderung des Unfallhergangs)

- Unfallursache: Sturz aus Höhe, Krafteinwirkung von außen, Verkehrsunfall
- **abzugrenzen sind:** Spontanfrakturen, Fälle mit fehlendem Unfallereignis und z.B. ausgeprägter Osteoporose!

b) Unfallmechanismus

- diese Verletzungen können **nur bei direkter oder starker indirekter** Gewalteinwirkung auf die Wirbelsäule auftreten (Stauchung / Hyperextensions- und Hyperflexionstrauma (starke Überstreckung und Beugung))

c) Diagnosevariationen

- Es erfolgt die Einteilung nach der **AO-Klassifikation:** A-, B- und C-Frakturen (zunehmender Schweregrad) (AO = Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen)
- Weitere Unterscheidungsmöglichkeiten:
 - stabile / instabile Frakturen (Beteiligung der Wirbelkörperhinterkante, Dorn- oder Querfortsätze)
 - Frakturen mit oder ohne Neurologie
 - Frakturen mit oder ohne Bandscheibenbeteiligung
- Achtung bei Wirbelprellungen **mit** adäquatem Trauma (Prellung oder Fraktur, Prellmarke ?)!
- Wirbelfrakturen kommen entsprechend den oben geschilderten Geschehensabläufen häufig bei **Mehrfach- oder Schwerstverletzten** vor.
- **Isolierte Bandscheibenverletzungen** als Traumafolge sind **nur im HWS-Bereich** wahrscheinlich / häufig.

d) Diagnostik

- **Röntgen:**
Die Röntgendiagnostik ist bei der vorliegenden Verletzung **schwierig**; Standard ist das Röntgen **in 2 Ebenen**
Achtung: es müssen **alle** Wirbel eines Abschnitts abgebildet sein (HWS = 7, BWS = 12, LWS = 5/S1) !!!

Bei Frakturen an den **Übergängen** zwischen HWS/BWS und BWS/LWS sind mitunter **Spezialaufnahmen** (HWS-/BWS- und BWS-/LWS-Übergang) erforderlich.

Da es auch Wirbelfrakturen ohne wesentliche Beschwerden (beschwerdearm) gibt, ist bei fraglich negativem Röntgenbild eine **Computertomographie** durchzuführen.

Beim Verdacht auf isolierte oder begleitende **Bandscheiben- oder Bandverletzungen** ist ein **MRT, bzw. eine dynamische Untersuchung unter Bildwandler-Kontrolle** erforderlich; ggf. auch **Funktions-Röntgen**.

Die **Szintigraphie** ist auch heute noch zur Differenzierung von frischen Unfallfolgen und alten Veränderungen wertvoll.

- **Befund:**

Es ist auf die Beschreibung **äußerer Verletzungszeichen** zu achten.

Es **muss** ein **neurologischer Status** angegeben sein (wenn nicht: umgehend **nachfordern** !!).

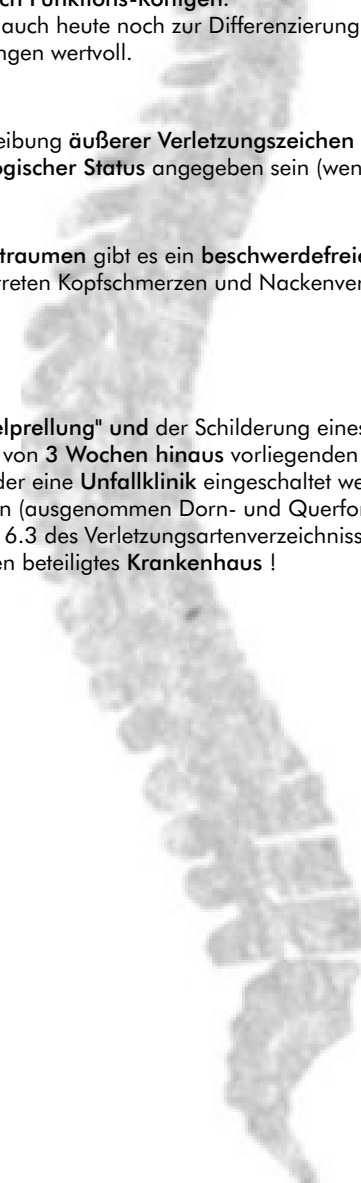
- **Anamnese:**

Bei **HWS-Schleudertraumen** gibt es ein **beschwerdefreies Intervall** bis zu einem halben Tag. Häufig treten Kopfschmerzen und Nackenverspannungen zusammen auf.

e) Therapie

Bei der Diagnose „**Wirbelprellung**“ und der Schilderung eines **adäquaten Traumas** muss bei über einen Zeitraum von **3 Wochen** hinaus vorliegenden Beschwerden ein **spezialisierte D-Arzt** oder eine **Unfallklinik** eingeschaltet werden.

Achtung: Wirbelfrakturen (ausgenommen Dorn- und Querfortsatzbrüche) sind Verletzungen nach Ziff. 16.3 des Verletzungsartenverzeichnisses: Verlegung in ein am Verletzungsartenverfahren beteiligtes **Krankenhaus** !



Fersenbeinfrakturen

Auf welche typischen Merkmale ist beim Studium des Arztberichtes zu achten ?

a) medizinische Voraussetzungen der isolierten Verletzungsart (Schilderung des Unfallhergangs)

- Unfallursache: Sturz oder Sprung **aus Höhe**, Leitersturz, Verkehrsunfall
- **selten**: Überrolltrauma, Quetschung
- **Abgrenzungen** : Zusatzverletzung von Sprunggelenk, Fußwurzel und Sprunggelenk

b) Unfallmechanismus

- diese Verletzungen können **nur bei direkter** Gewalteinwirkung auf das Fersenbein auftreten

c) Diagnosevariationen

- Es existiert eine **Vielzahl von Klassifikationen**
- Im wesentlichen gibt es **2 Diagnosevariationen**: Frakturen **mit oder ohne Gelenkbeteiligung** (es gibt bis zu **6 beteiligte Gelenkflächen**)
- Bedeutsam für den Verletzungsschweregrad sind die **Anzahl und Lage der Frakturlinien** in den Gelenkflächen (Sanders-Klassifikation). Häufig kommen Calcaneusfrakturen **beidseitig**, als **isolierte Verletzung** oder in Kombination mit einem **Polytrauma** vor (siehe Unfallmechanismus)

d) Diagnostik

- **Röntgen**: Die Röntgendiagnostik ist bei der vorliegenden Verletzung **schwierig**; Standard ist das Röntgen **in 2 Ebenen** (seitlich und axial). Darüber hinaus werden häufig zusätzliche Aufnahmen des Fußskeletts (z.B. Broden-Aufnahmen) durchgeführt.
- **Computertomographie**: Beim **Verdacht** auf eine Gelenkbeteiligung ist ein CT in 2 Ebenen **zwingend** (coronar und axial; andere Einstellungen sind möglich mit 3D-Rekonstruktion). Eine Indikation für ein CT ist sowohl zur weiteren **Diagnostik** als auch für die **Therapieplanung** gegeben.
- **MRT**: Bei entsprechender Klinik ohne sicheren Nachweis im Röntgen ist das MRT als Diagnostik **die Wahl zur Diagnostik okkulten Frakturen** (Bone-Bruise).

e) Befund:

Es ist auf die Beschreibung **äußerer Verletzungszeichen** zu achten (typisch: **Hämatom** und **Schwellung der Fußsohle/des Rückfußes, Verplumpung des Fußes**)

f) Therapie:

Bei der Diagnose „Calcaneusprellung“ oder „Rückfußprellung“ **und** der Schilderung eines **adäquaten Traumas** muss bei über einen Zeitraum von **2 Wochen** hinaus vorliegenden Beschwerden ein **spezialisierte D-Arzt** oder eine **Unfallklinik** eingeschaltet werden. **Achtung**: Vershobene Fersenbeinfrakturen sind Verletzungen nach Ziff. 16.12 des Verletzungsartenverzeichnisses: Verlegung in ein am Verletzungsartenverfahren beteiligtes **Krankenhaus!**

Operationen sollten **nur** in hierfür **spezialisierten Kliniken** durchgeführt werden. (hohe Komplikationsrate!)

Eine Spickdrahtversorgung ist nur in **extrem seltenen Fällen** indiziert.

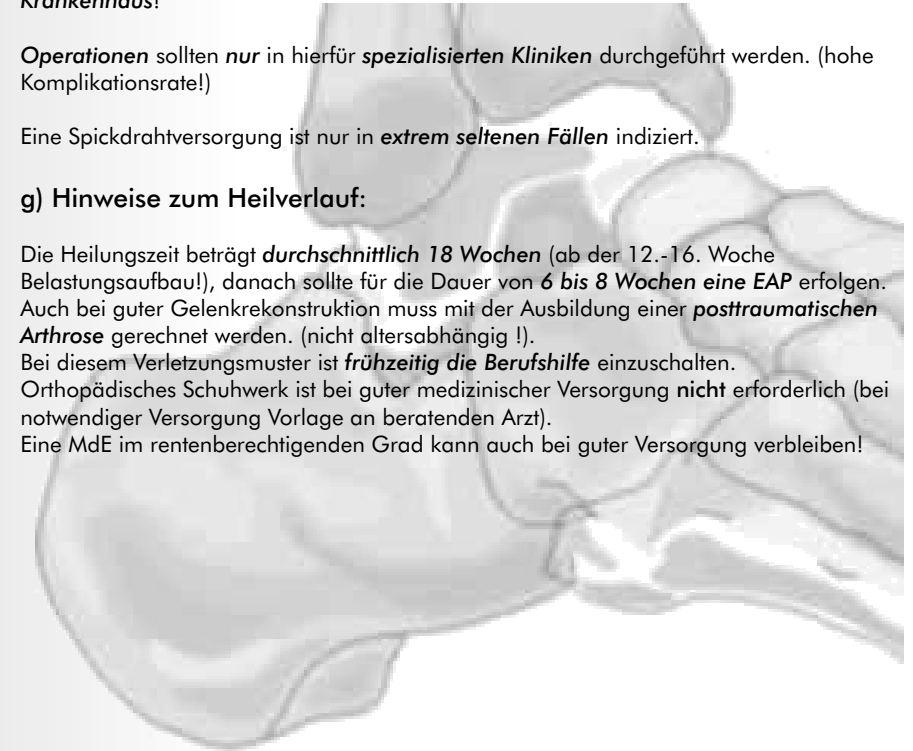
g) Hinweise zum Heilverlauf:

Die Heilungszeit beträgt **durchschnittlich 18 Wochen** (ab der 12.-16. Woche Belastungsaufbau!), danach sollte für die Dauer von **6 bis 8 Wochen eine EAP** erfolgen. Auch bei guter Gelenkrekonstruktion muss mit der Ausbildung einer **posttraumatischen Arthrose** gerechnet werden. (nicht altersabhängig !).

Bei diesem Verletzungsmuster ist **frühzeitig die Berufshilfe** einzuschalten.

Orthopädisches Schuhwerk ist bei guter medizinischer Versorgung **nicht** erforderlich (bei notwendiger Versorgung Vorlage an beratenden Arzt).

Eine MdE im rentenberechtigenden Grad kann auch bei guter Versorgung verbleiben!



Beckenfrakturen

Auf welche typischen Merkmale ist beim Studium des Arztberichtes zu achten ?

a) medizinische Voraussetzungen der isolierten Verletzungsart (Schilderung des Unfallhergangs)

- Unfallursache: Verkehrsunfall, Sturz oder Sprung **aus Höhe**, Überrolltrauma; Quetschung führt meist zu komplexen Beckenverletzungen (mit inneren Verletzungen)
- **Abgrenzungen:** Isolierte Beckenverletzungen sind meistens stabile Beckenringverletzungen:
Am häufigsten treten Beckenverletzungen im Rahmen von Mehrfachverletzungen (Polytrauma) auf, oder als Kombinationsverletzungen (insbesondere Thorax- und Abdominalverletzungen)

b) Unfallmechanismus

- Beckenverletzungen sind meistens Folge von größerer Gewalteinwirkung wie durch einen Verkehrsunfall, Sturz oder Sprung aus größerer Höhe; bei einem Überrolltrauma oder einer schweren Beckenquetschung ist meist eine komplexe Beckenverletzung mit inneren Verletzungen (Urogenital-, Gefäß-, Nerven- und Darmverletzungen) die Folge.
Die komplexen Beckenverletzungen weisen eine Letalität (Sterblichkeit) bis zu 50% auf.
- **Vorsicht:** Bei diesen Verletzungen ist die Verletzung großer Arterien möglich, die zu einem **großen Blutverlust** führen kann: **Lebensgefahr !!!**

c) Diagnosevariationen

- im D-Bericht werden folgende Diagnosevariationen angegeben:
Sitzbeinfraktur, Becken-, Beckenringfraktur, Schambeinfraktur, Os Coxae, Malgaigne-Fraktur, Symphysensprengung, Verletzung der Kreuzbeinfuge, Sakrumfraktur, Beckenschauelfraktur
- Es erfolgt die Einteilung in die **AO- Klassifikationen (A,B,C)**
- Im wesentlichen gibt es **2 Diagnosevariationen:**
die **stabile** und die **instabile Fraktur**;
die A-Frakturen sind stabile Brüche, die B- und C-Frakturen instabile Brüche;
die instabile Fraktur ist immer eine Operations-Indikation (egal ob verschoben oder nicht verschoben)
- Beckenverletzungen betreffen häufig auch beide Beckenhälften
- Bedeutsam für den Verletzungsschweregrad sind die Begleitverletzungen von Arterien, Nerven, Darm und Urogenitaltrakt
- **offene Beckenfrakturen** kommen eher **selten** vor

d) Diagnostik

- **Röntgen:**
Standard: Becken-**Übersichts**-Aufnahme (ganzes Becken in einer Aufnahme), zusätzlich Inlet- und Outlet-Aufnahmen, sowie eine Computertomographie.
Je nach Verdacht auf Begleitverletzungen sind Röntgenaufnahmen mit einem **Kontrastmittel** erforderlich, um die **harnableitenden Wege** und die **Gefäße** darzustellen.
- **Computertomographie:**
Ist eine Standarduntersuchung bei Beckenfrakturen..

f) Therapie:

Bei einer **stabilen Beckenringfraktur** ist kurzfristige **Bettruhe** und eine **frühzeitige Mobilisation** mit Belastung des gegenseitigen Beines (verletzte Seite wird an Unterarm-Gehstützen teilbelastet für ca. 3 – 6 Wochen) angezeigt; daneben Krankengymnastik für 6 – 8 Wochen.

Bei **isolierten Sitz- und Schambeinbrüchen** handelt es sich nicht um Fälle nach Ziff. 16.7 des Verletzungsartenverzeichnisses.

Es ist eine hochprofessionelle Versorgung in einer **Spezialklinik** erforderlich !!
Bei **inneren Begleit-Verletzungen** ist die **schnellstmögliche Zuführung** in eine Spezialklinik erforderlich; **ggf. mit dem Hubschrauber, da akute Lebensgefahr** besteht !!!
Bei komplexen Beckenverletzungen liegt eine **BGSW**-Indikation vor; anschließend **EAP**.

g) Hinweise zum Heilverlauf:

Es sollte frühzeitig der Berufshelfer eingeschaltet werden.

Es sind individuelle **Spätfolgen** möglich:

- **Nervenverletzungen,**
- **Potenzprobleme,**
- **Heilungsprobleme (Beckeninkongruenz, Pseudarthrosen)**

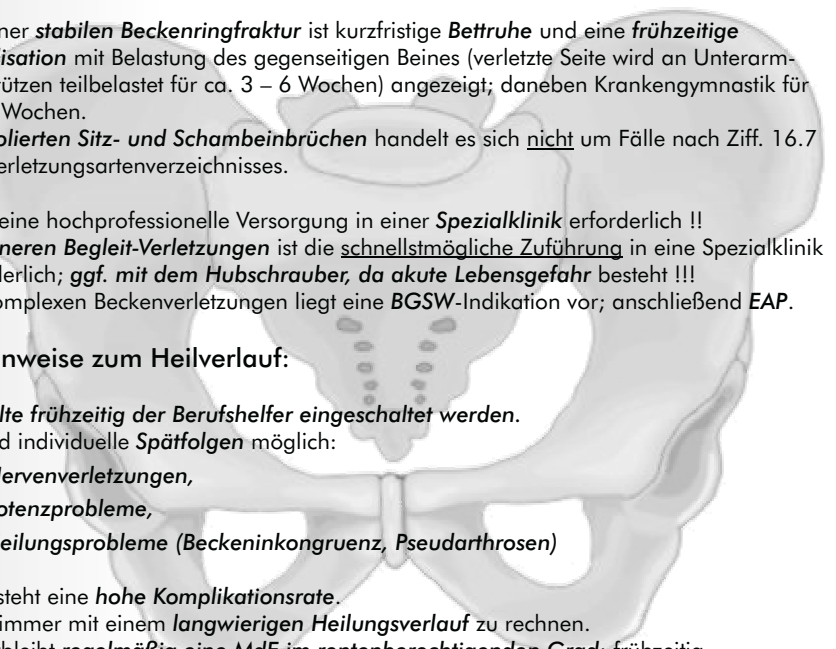
Es besteht eine **hohe Komplikationsrate.**

Es ist immer mit einem **langwierigen Heilverlauf** zu rechnen.

Es verbleibt **regelmäßig eine MdE im rentenberechtigenden Grad:** frühzeitig **Rentengutachten** anfordern !

Es werden häufig **Hilfsmittel** erforderlich.

Wenn die Behandlung nicht durch eine Spezialklinik (Traumacenter) erfolgt, ist die sofortige Vorlage an den beratenden Arzt erforderlich.



Acetabulumfrakturen

Auf welche typischen Merkmale ist beim Studium des Arztberichtes zu achten ?

a) medizinische Voraussetzungen der isolierten Verletzungsart (Schilderung des Unfallherganges)

- Unfallursache: Verkehrsunfall, Sturz oder Sprung **aus Höhe**
- **Abgrenzungen** : Acetabulumfrakturen treten nicht selten auch im Rahmen eines Polytraumas auf.
Am häufigsten sind Acetabulumfrakturen isoliert oder in Kombination mit einer Oberschenkelfraktur.

b) Unfallmechanismus

- Diese Verletzungen können **sowohl bei direkter als auch bei indirekter Gewalteinwirkung** auftreten (Beispiel: Autofahrer tritt ruckartig stark auf das Bremspedal = Luxationsfraktur des Hüftgelenkes).
- Dashboard injury (Anprall des Knies gegen Armaturenbrett beim Autounfall).
- Stürze aus größerer Höhe

c) Diagnosevariationen

- Im D-Bericht werden folgende Diagnosevariationen angegeben:
Hintere oder vordere Pfeilerfraktur, zentrale Hüftluxation, 2-Pfeilerfraktur, Acetabulumfraktur, Querfraktur.

Es erfolgt die Einteilung in die **AO-Klassifikationen (A,B,C)**, bzw. die **Klassifikation nach E. Letournel**

- Wichtig ist die Unterscheidung bei der Hüftgelenksfraktur in: Luxationsfraktur = ja/nein; bei einer **Luxationsfraktur** wird es immer zu weitreichenden Konsequenzen für die Gelenksfunktion kommen, da der **Hüftkopf beschädigt** sein kann (Gefahr der Hüftkopfnekrose).

d) Diagnostik

- **Röntgen**:
Standard: Becken-**Übersichts**-Aufnahme (ganzes Becken in einer Aufnahme), zusätzlich Ala- und Obturator-Aufnahmen, sowie eine Computertomographie.

- **Computertomographie**:

Ist eine Standarduntersuchung bei Acetabulumfrakturen (muß in Schichtdicken von max. 2 mm oder als Spiral-CT durchgeführt werden). 2D- und 3D-Rekonstruktionen sind hilfreich und verbessern die Analyse der Fraktur.

- **MRT**

Das MRT kann zur **Beurteilung von Begleitverletzungen** erforderlich sein (Angio-MRT zum Ausschluß von Beckenvenenthrombosen)

Es dient zur frühen und Verlaufsdiagnostik bei Verdacht auf eine Hüftkopfnekrose (besonders nach **Luxationsfrakturen des Hüftkopfes**) .

e) Befund:

Äußere Verletzungszeichen sind **selten** nachweislich (außer Hämatomverfärbungen).
Schmerzhafte Bewegungseinschränkung des betroffenen Hüftgelenkes.

f) Therapie:

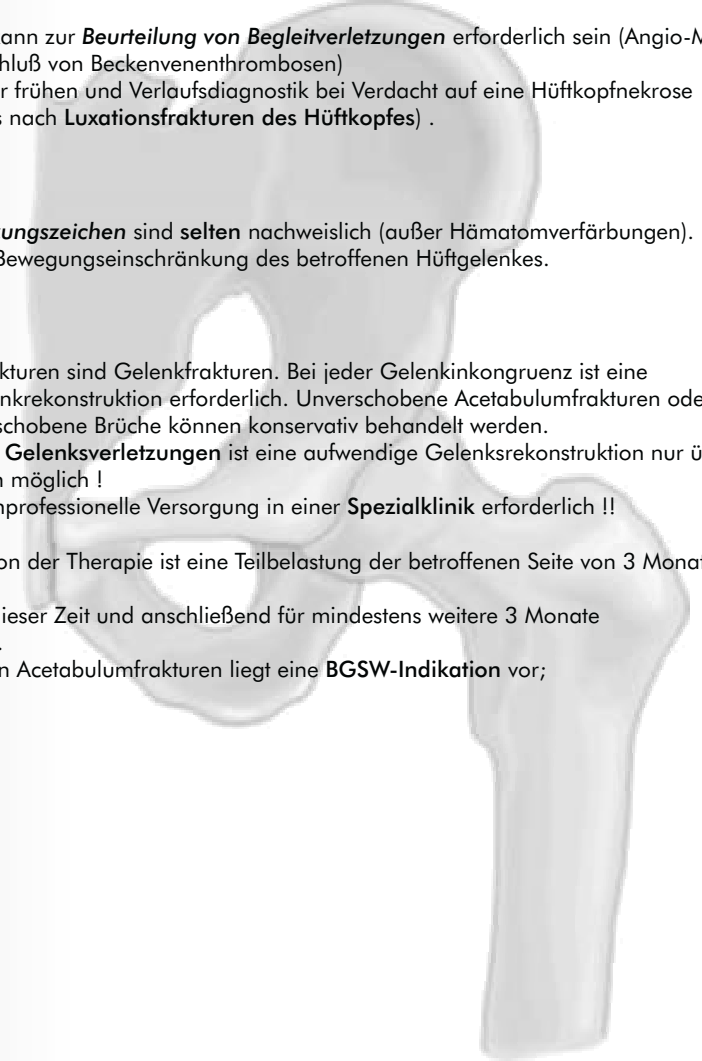
Acetabulumfrakturen sind Gelenkfrakturen. Bei jeder Gelenkinkongruenz ist eine operative Gelenkrekonstruktion erforderlich. Unverschobene Acetabulumfrakturen oder nur gering verschobene Brüche können konservativ behandelt werden.
Bei komplexen **Gelenksverletzungen** ist eine aufwendige Gelenksrekonstruktion nur über eine Operation möglich !

Es ist eine hochprofessionelle Versorgung in einer **Spezialklinik** erforderlich !!

Unabhängig von der Therapie ist eine Teilbelastung der betroffenen Seite von 3 Monaten erforderlich.

Begleitend in dieser Zeit und anschließend für mindestens weitere 3 Monate Physiotherapie.

Bei den meisten Acetabulumfrakturen liegt eine **BGSW-Indikation** vor;



Teil II

Praktische Umsetzung

- Muster-Faxanfragen
- Muster-Ablaufdiagramm

Muster-Fax
an den beratenden Arzt

Distorsion des Kniegelenkes

Bitte überprüfen Sie den beiliegenden Arztbericht und beantworten Sie die folgenden Fragen:

Passen Anamnese und Unfallmechanismus zur Diagnose?	ja	nein
Ist die Diagnose aufgrund vorliegender Informationen wahrscheinlich?	ja	nein
Ist die Diagnostik ausreichend?	ja	nein
Falls nein:		
Ist eine zusätzliche klinische Untersuchung erforderlich?	ja	nein
Falls ja, welche?	_____	
Sind zusätzliche Röntgenuntersuchungen erforderlich?	ja	nein
Falls ja, welche?	_____	
Konventionelle Aufnahmen: _____		
MRT	ja	nein
CT	ja	nein
Ist eine OP indiziert?	ja	nein
Falls ja, welche?	_____	
Ist die Vorstellung / Verlegung in eine(r) spezialisierte(n) Klinik erforderlich?	ja	nein
Falls ja, wo?	_____	
Welche Dauer der AUF erwarten Sie (Angabe in Wochen):	_____	
Sind Reha-/AHB-Maßnahmen erforderlich?	ja	nein
Ist eine Wiedervorlage des Vorgangs erforderlich?	ja	nein
Falls ja, wann?	_____	

Muster-Fax
an den beratenden Arzt

Frakturen der Wirbelsäule

Bitte überprüfen Sie den beiliegenden Arztbericht und beantworten Sie die folgenden Fragen:

Passen Anamnese und Unfallmechanismus zur Diagnose?	ja	nein
Ist die Diagnose aufgrund vorliegender Informationen wahrscheinlich?	ja	nein
Ist die Diagnostik ausreichend?	ja	nein
Falls nein:		
Ist eine zusätzliche klinische Untersuchung erforderlich?	ja	nein
Falls ja, welche?	_____	
Ist eine neurologische Untersuchung erforderlich?	ja	nein
Sind zusätzliche Röntgenuntersuchungen erforderlich?	ja	nein
Falls ja, welche?		
	Konventionelle Aufnahmen:	_____
	MRT	ja nein
	CT	ja nein
Ist eine OP indiziert?	ja	nein
Falls ja, welche?	_____	
Ist die Vorstellung / Verlegung in eine(r) spezialisierte(n) Klinik erforderlich?	ja	nein
Falls ja, wo?	_____	
Welche Dauer der AUF erwarten Sie (Angabe in Wochen):	_____	
Sind Reha-/AHB-Maßnahmen erforderlich?	ja	nein
Ist eine Wiedervorlage des Vorgangs erforderlich?	ja	nein
Falls ja, wann?	_____	

Muster-Fax
an den beratenden Arzt

Fersenbeinfrakturen

Bitte überprüfen Sie den beiliegenden Arztbericht und beantworten Sie die folgenden Fragen:

Passen Anamnese und Unfallmechanismus zur Diagnose?	ja	nein
Ist die Diagnose aufgrund vorliegender Informationen wahrscheinlich?	ja	nein
Ist die Diagnostik ausreichend?	ja	nein
Falls nein:		
Ist eine zusätzliche klinische Untersuchung erforderlich?	ja	nein
Falls ja, welche?	_____	
Sind zusätzliche Röntgenuntersuchungen erforderlich?	ja	nein
Falls ja, welche?		
	Konventionelle Aufnahmen:	_____
	MRT	ja nein
	CT	ja nein
Ist eine OP indiziert?	ja	nein
Falls ja, welche?	_____	
Ist die Vorstellung / Verlegung in eine(r) spezialisierte(n) Klinik erforderlich?	ja	nein
Falls ja, wo?	_____	
Welche Dauer der AUF erwarten Sie (Angabe in Wochen):	_____	
Sind Reha-/AHB-Maßnahmen erforderlich?	ja	nein
Ist eine Wiedervorlage des Vorgangs erforderlich?	ja	nein
Falls ja, wann?	_____	

Muster-Fax
an den beratenden Arzt

Beckenfrakturen

Bitte überprüfen Sie den beiliegenden Arztbericht und beantworten Sie die folgenden Fragen:

Passen Anamnese und Unfallmechanismus zur Diagnose? ja nein

Ist die Diagnose aufgrund vorliegender Informationen wahrscheinlich? ja nein

Ist die Diagnostik ausreichend? ja nein

Falls nein:

Ist eine zusätzliche klinische Untersuchung erforderlich? ja nein

Falls ja, welche? _____

Ist eine neurologische Untersuchung erforderlich? ja nein

Sind zusätzliche Röntgenuntersuchungen erforderlich? ja nein

Falls ja, welche? _____

Konventionelle Aufnahmen: _____

MRT ja nein

CT ja nein

Ist eine OP indiziert? ja nein

Falls ja, welche? _____

Ist die Vorstellung / Verlegung in eine(r) spezialisierte(n) Klinik erforderlich? ja nein

Falls ja, wo? _____

Welche Dauer der AUF erwarten Sie (Angabe in Wochen): _____

Sind Reha-/AHB-Maßnahmen erforderlich? ja nein

Ist eine Wiedervorlage des Vorgangs erforderlich? ja nein
Falls ja, wann? _____

Muster-Fax
an den beratenden Arzt

Acetabulumfrakturen

Bitte überprüfen Sie den beiliegenden Arztbericht und beantworten Sie die folgenden Fragen:

Passen Anamnese und Unfallmechanismus zur Diagnose? ja nein

Ist die Diagnose aufgrund vorliegender Informationen wahrscheinlich? ja nein

Ist die Diagnostik ausreichend? ja nein

Falls nein:

Ist eine zusätzliche klinische Untersuchung erforderlich? ja nein

Falls ja, welche? _____

Ist eine neurologische Untersuchung erforderlich? ja nein

Sind zusätzliche Röntgenuntersuchungen erforderlich? ja nein

Falls ja, welche? _____

Konventionelle Aufnahmen: _____

MRT ja nein

CT ja nein

Ist eine OP indiziert? ja nein

Falls ja, welche? _____

Ist die Vorstellung / Verlegung in eine(r) spezialisierte(n) Klinik erforderlich? ja nein

Falls ja, wo? _____

Welche Dauer der AUF erwarten Sie (Angabe in Wochen): _____

Sind Reha-/AHB-Maßnahmen erforderlich? ja nein

Ist eine Wiedervorlage des Vorgangs erforderlich? ja nein
Falls ja, wann? _____