

An die beteiligten

- Durchgangsärzte und Durchgangsärztinnen
- VAV-Krankenhäuser
- SAV-Krankenhäuser
- Ärzte und Ärztinnen der handchirurgischen Versorgung Unfallverletzter im Rahmen des VAV

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen: Ze/tg
Ansprechpartner: Herr Ziche
Telefon: 030 / 85 105 - 5223
Fax: 030 / 85 105 - 5225
E-Mail: Gerald.Ziche@dguv.de

Datum: 7. März 2018

Rundschreiben D 8/2018

Fortbildungsveranstaltung für D-Arzt-Assistenzpersonal

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der großen Nachfrage führt der Landesverband in diesem Jahr wieder drei Seminare gleichen Inhalts für D-Arzt-Assistenzpersonal am

27. Juni 2018, 12:00 – 15:30 Uhr DRK Klinikum Westend, Berlin
11. Juli 2018, 12:00 – 15:30 Uhr Unfallkrankenhaus Berlin
05. September 2018, 12:00 – 15:30 Uhr Universitätsklinikum Rostock

durch. Es sollen die Grundsätze der gesetzlichen Unfallversicherung erläutert und vertieft werden sowie Änderungen vorgestellt und bekannte Probleme erörtert werden. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte beiliegendem Flyer.

Wir weisen Sie auf die Teilnehmergebühr i.H.v. 25,- EUR hin, für die Sie nach Anmeldung eine Rechnung erhalten.

Die Anmeldung kann per Mail, per Post bzw. per Fax erfolgen. Bitte nutzen Sie den beiliegenden Vordruck. Hierbei handelt es sich um ein PDF-Formular, das Sie am Bildschirm ausfüllen und direkt mit einem Klick auf den Button am unteren Ende des Formulars an uns zurücksenden können.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Ziche
Stellv. Geschäftsstellenleiter

Seite 1 von 2

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung an:

Per Mail: lv-nordost@dguv.de

Per Post: DGUV LV Nordost, 12161 Berlin, Fregestraße 44

Per Fax: 030 85105-5225

Tel. Auskünfte unter: 030 85105-5013 oder -5220

Anmeldung

Veranstaltung: D-Arzt-Assistenzpersonal-Schulung

Zeitraum: 27. Juni 2018

Ort: Berlin, DRK-Klinikum Westend

Anmeldeschluss: 13. Juni 2018 (14 Tage vor Veranstaltung)

Titel	
Vorname	
Name	
<u>Dienstliche Adresse:</u> Institution/Klinik inkl. Fachabteilung oder Praxis (Straße, PLZ, Ort)	
Bundesland	
Telefon	
E-Mail	
Besteht ein behinderungsspezifischer Hilfsmittelbedarf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eine Teilnahme ist nur nach Anmeldebestätigung möglich. Die Gebühr für diese Veranstaltung beträgt 25,00 EUR. Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung.	

Stornierung: Die Stornierung der Anmeldung ist nur schriftlich bis 14 Tage vor der Veranstaltung (Posteingang) möglich. Nach diesem Termin ist eine Stornierung und Erstattung bereits eingezahlter Teilnahmegebühren nicht mehr möglich. Alternativ kann kostenfrei eine Ersatzteilnehmerin oder ein Ersatzteilnehmer benannt werden.

Stempel

Datum / Unterschrift _____

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung an:

Per Mail: lv-nordost@dguv.de

Per Post: DGUV LV Nordost, 12161 Berlin, Fregestraße 44

Per Fax: 030 85105-5225

Tel. Auskünfte unter: 030 85105-5013 oder -5220

Anmeldung

Veranstaltung: D-Arzt-Assistenzpersonal-Schulung

Zeitraum: 11. Juli 2018

Ort: Unfallkrankenhaus Berlin

Anmeldeschluss: 27. Juni 2018 (14 Tage vor Veranstaltung)

Titel	
Vorname	
Name	
<u>Dienstliche Adresse:</u> Institution/Klinik inkl. Fachabteilung oder Praxis (Straße, PLZ, Ort)	
Bundesland	
Telefon	
E-Mail	
Besteht ein behinderungsspezifischer Hilfsmittelbedarf: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Eine Teilnahme ist nur nach Anmeldebestätigung möglich. Die Gebühr für diese Veranstaltung beträgt 25,00 EUR. Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung.	

Stornierung: Die Stornierung der Anmeldung ist nur schriftlich bis 14 Tage vor der Veranstaltung (Posteingang) möglich. Nach diesem Termin ist eine Stornierung und Erstattung bereits eingezahlter Teilnahmegebühren nicht mehr möglich. Alternativ kann kostenfrei eine Ersatzteilnehmerin oder ein Ersatzteilnehmer benannt werden.

Stempel

Datum / Unterschrift _____

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung an:

Per Mail: lv-nordost@dguv.de

Per Post: DGUV LV Nordost, 12161 Berlin, Fregestraße 44

Per Fax: 030 85105-5225

Tel. Auskünfte unter: 030 85105-5013 oder -5220

Anmeldung

Veranstaltung: D-Arzt-Assistenzpersonal-Schulung

Zeitraum: 05. September 2018

Ort: Rostock

Anmeldeschluss: 22. August 2018 (14 Tage vor Veranstaltung)

Titel	
Vorname	
Name	
<u>Dienstliche Adresse:</u> Institution/Klinik inkl. Fachabteilung oder Praxis (Straße, PLZ, Ort) Bundesland	
Telefon	
E-Mail	
Besteht ein behinderungsspezifischer Hilfsmittelbedarf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eine Teilnahme ist nur nach Anmeldebestätigung möglich. Die Gebühr für diese Veranstaltung beträgt 25,00 EUR. Bitte zahlen Sie erst nach Erhalt der Rechnung.	

Stornierung: Die Stornierung der Anmeldung ist nur schriftlich bis 14 Tage vor der Veranstaltung (Posteingang) möglich. Nach diesem Termin ist eine Stornierung und Erstattung bereits eingezahlter Teilnahmegebühren nicht mehr möglich. Alternativ kann kostenfrei eine Ersatzteilnehmerin oder ein Ersatzteilnehmer benannt werden.

Stempel

Datum / Unterschrift

Allgemeine Hinweise

Veranstaltungsort:

DRK Klinikum Westend, Spandauer Damm 130,
14050 Berlin

Handout:

Die Handouts werden ausgegeben.

Auskünfte zum Seminar und Anmeldung :

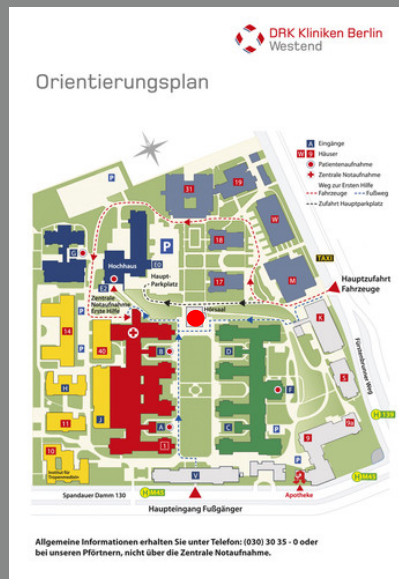
DGUV - Landesverband Nordost, Fregestraße 44,
12161 Berlin,
Tel.: 030/85105-5220, Fax: 030/85105-5225,
E-Mail: lv-nordost@dguv.de

Es wird eine **Teilnehmergebühr in Höhe von 25 €** erhoben.

Eine verbindliche Anmeldung mit dem beiliegenden Anmeldeformular **bis spätestens 13.06.2018** ist notwendig.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Landesverband Nordost

Fregestr. 44
12161 Berlin
Telefon: 030 85105-5220
Telefax: 030 85105-5225
Neue Telefonnummern ab 15.03.2018
Telefon: 030 13001-5900
Telefax: 030 13001-5901
www.dguv.de/landesverbaende
E-Mail: lv-nordost@dguv.de



DGUV
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Landesverband Nordost

Durchgangsarztbericht - UV-Träger - Lfd. Nr. _____

Unfallversicherungsträger		Eingetroffen am		Uhrzeit	
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)	
Beschäftigt an		Seit		Bei Pflegeurlaub Pflegekasse des Pflegebedürftigen	
Unfallbetr. ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Vorgesetztenrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)					
Vollständige Anschrift des Versicherten				Telefon-Nr. des Versicherten	
1 Unfalltag				Uhrzeit	
Beginn der Arbeitszeit		Ende der Arbeitszeit		Uhr	
2 Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist					
3 Verhalten des Versicherten nach dem Unfall					
4.1 Art der ersten (nicht durchgangsarztl.) Versorgung				4.2 Erstmals behandelt am	
5 Befund					
Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche Art? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
6 Röntgengem. ICD 10 _____					
7 Erstläge (sonstige Verletzungen, Verletzungen, sonstige) (nachdem)					
ICPM _____					
AO-Klassifikation _____					
8 Art der Verletzung (nach dem D-Arzt)					
9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsfalls von Bedeutung sein können					
10 Törichte Herang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsfalls? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____					
* Wenn ja, ist keine Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung durchzuführen und dem Versicherten eine Kopie des Durchgangsarztberichts auszuhändigen					
11 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____					
12 Art der Heilbehandlung					
allgemeine Heilbehandlung		besondere Heilbehandlung		es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil _____	
<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt		<input type="checkbox"/> ambulante		<input type="checkbox"/> stationär	
<input type="checkbox"/> durch mich		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, nach Ziffer _____	
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit					
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig		voraussichtlich wieder arbeitsfähig		14 Ist die Zuteilung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zugezogen wird: _____	
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig ab: _____		ab: _____			
		voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig			
15 Nachschau ist erforderlich, sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte, am _____ bei Verschlimmerung sofort Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben					
16 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses _____					
Datum		Unterschrift des Durchgangsarztes		Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes	

F 1000 0104 Durchgangsarztbericht

D-Arzt-Assistenzpersonal-Seminar

27. Juni 2018

im DRK-Klinikum Westend, Berlin

Wir laden Sie ein zum

D-Arzt-Assistenzpersonal-Seminar am 27. Juni 2018.

Das Seminar findet im Hörsaal des DRK Klinikum Westend, Spandauer Damm 130, 14050 Berlin, statt.

Im Rahmen dieses Seminars sollen die Grundsätze der gesetzlichen Unfallversicherung erläutert und vertieft werden, sowie Änderungen vorgestellt und bekannte Probleme erörtert werden.

Ziel ist, eine Verbesserung des Verständnisses für die Besonderheiten der gesetzlichen Unfallversicherung zu erreichen.

Berlin, im März 2018

DGUV - Landesverband Nordost

Mittwoch, 27. Juni 2018

12.00 Uhr

Begrüßung

12.05 Uhr

Der Durchgangsarztbericht (F1000)

Kreis der versicherten Personen

Versicherungsfall

Schnarbach, Ziche

13.00 Uhr

Abrechnungsgrundsätze der UV-GOÄ

Ziche

13.30 Uhr

Diskussion

13.45 Uhr

Kaffeepause

14.15 Uhr

Sonstige Vordrucke

Nachschaubericht (F 2106)

Zwischenbericht (F 2100)

Überweisung (F 2902)

Abschlussmitteilung (F 2222)

Verordnungen

Schnarbach, Ziche

14.45 Uhr

Diskussion

15.00 Uhr

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen der Teilnehmer

15.30 Uhr

Ausgabe der Teilnahmebescheinigungen

Referentenverzeichnis

Schnarbach, Henry

Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe,
Fregestr. 44, 12161 Berlin

Ziche, Gerald

DGUV - Landesverband Nordost,
Fregestr. 44, 12161 Berlin

Allgemeine Hinweise

Veranstaltungsort:

Hörsaal des Unfallkrankenhauses Berlin, Altes Kesselhaus, Warener Straße 7, 12683 Berlin

Parkplätze:

Vor dem Unfallkrankenhaus Berlin befindet sich ein Parkhaus für Besucher. Die Gebühren betragen 1,50 € pro Stunde.

Kostenfreie Parkplätze befinden sich an der Altentrepptower Straße.

Handout:

Die Handouts werden ausgegeben.

Auskünfte zum Seminar und Anmeldung :

DGUV - Landesverband Nordost, Fregestraße 44, 12161 Berlin,
Tel.: 030/85105-5220, Fax: 030/85105-5225,
E-Mail: lv-nordost@dguv.de

Es wird eine **Teilnehmergebühr in Höhe von 25 €** erhoben.

Eine verbindliche Anmeldung mit dem beiliegenden Anmeldeformular **bis spätestens 27.06.2018** ist notwendig.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Landesverband Nordost

Fregestr. 44
12161 Berlin
Telefon: 030 85105-5220
Telefax: 030 85105-5225
Neue Telefonnummern ab 15.03.2018
Telefon: 030 13001-5900
Telefax: 030 13001-5901
www.dguv.de/landesverbaende
E-Mail: lv-nordost@dguv.de



 **DGUV**
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Landesverband Nordost

Durchgangsarztbericht - UV-Träger - USt-Nr. _____

Unfallversicherungsträger	Eingetroffen am		Uhrzeit
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)	
Beschäftigt als	Seit	Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen	
Unfallbeih. ggf. mit Telefon-Nr. (Beschreibung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Freizeitanstalt, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Vollständige Anschrift des Versicherten		Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit
Geschlecht			
1 Unfalltag	Uhrzeit	Beginn der Arbeitszeit	Ende der Arbeitszeit
2 Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist			
3 Verhalten des Versicherten nach dem Unfall			
4.1 Art der ersten (nicht durchgangsarztl.) Versorgung		4.2 Erstmalsig behandelt am	
5 Befund Verstoß auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche Art? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
6 Röntgenergebnis			
7 Erstdiagnose (ICD 10, ICD 9, ICD 8, ICD 7, ICD 6, ICD 5, ICD 4, ICD 3, ICD 2, ICD 1, ICD 0, ICD 10, ICPM, AO-Klassifikation)			
8 Art der Verletzung (nach dem D-Arzt)			
9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können			
10 Sprechen Hergang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____ *Wenn ja, ist keine Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung durchzuführen und dem Versicherten eine Kopie des Durchgangsarztberichts auszuhändigen. 11 Besitzt konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers berufen wird? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____			
12 Art der Heilbehandlung <input type="checkbox"/> allgemeine Heilbehandlung <input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung <input type="checkbox"/> es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil _____ <input type="checkbox"/> durch anderen Arzt <input type="checkbox"/> ambulante <input type="checkbox"/> stationäre <input type="checkbox"/> Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsmechanismus vor? <input type="checkbox"/> durch mich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nach Ziffer _____			
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit <input type="checkbox"/> arbeitsfähig <input type="checkbox"/> voraussichtlich wieder arbeitsfähig <input type="checkbox"/> 14 Ist die Zuteilung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich? <input type="checkbox"/> arbeitsfähig ab: _____ <input type="checkbox"/> voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zugezogen wird: _____			
15 Nachschau ist erforderlich, sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte, am _____ bei Verschlimmerung sofort Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben.			
16 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses			
Datum	Unterschrift des Durchgangsarztes	Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes	

F 1000 0104 Durchgangsarztbericht

D-Arzt-Assistenzpersonal-Seminar

11. Juli 2018

im Unfallkrankenhaus Berlin

Wir laden Sie ein zum

D-Arzt-Assistenzpersonal-Seminar am 11. Juli 2018.

Das Seminar findet im Hörsaal des Unfallkrankenhauses Berlin, Altes Kesselhaus, Warener Straße 7, 12683 Berlin, statt.

Im Rahmen dieses Seminars sollen die Grundsätze der gesetzlichen Unfallversicherung erläutert und vertieft werden, sowie Änderungen vorgestellt und bekannte Probleme erörtert werden.

Ziel ist, eine Verbesserung des Verständnisses für die Besonderheiten der gesetzlichen Unfallversicherung zu erreichen.

Berlin, im März 2018

DGUV - Landesverband Nordost

Mittwoch, 11. Juli 2018

12.00 Uhr

Begrüßung

12.05 Uhr

**Der Durchgangsarztbericht (F1000)
Kreis der versicherten Personen
Versicherungsfall
*Schnarbach, Ziche***

13.00 Uhr

**Abrechnungsgrundsätze der UV-GOÄ
*Ziche***

13.30 Uhr

Diskussion

13.45 Uhr

Kaffeepause

14.15 Uhr

**Sonstige Vordrucke
Nachschaubericht (F 2106)
Zwischenbericht (F 2100)
Überweisung (F 2902)
Abschlussmitteilung (F 2222)
Verordnungen
*Schnarbach, Ziche***

14.45 Uhr

Diskussion

15.00 Uhr

**Aus der Praxis für die Praxis
*Fragen der Teilnehmer***

15.30 Uhr

Ausgabe der Teilnahmebescheinigungen

Referentenverzeichnis

Schnarbach, Henry

Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe,
Fregestr. 44, 12161 Berlin

Ziche, Gerald

DGUV - Landesverband Nordost,
Fregestr. 44, 12161 Berlin

Wir laden Sie ein zum

D-Arzt-Assistenzpersonal-Seminar am 05. September 2018.

Das Seminar findet im Hörsaal der Klinik für Chirurgie, Universitätsklinik Rostock, Schillingallee 35, 18057 Rostock, statt.

Im Rahmen dieses Seminars sollen die Grundsätze der gesetzlichen Unfallversicherung erläutert und vertieft werden, sowie Änderungen vorgestellt und bekannte Probleme erörtert werden.

Ziel ist, eine Verbesserung des Verständnisses für die Besonderheiten der gesetzlichen Unfallversicherung zu erreichen.

Berlin, im März 2018

DGUV - Landesverband Nordost

Mittwoch, 05. September 2018

12.00 Uhr

Begrüßung

12.05 Uhr

**Der Durchgangsarztbericht (F1000)
Kreis der versicherten Personen
Versicherungsfall**
Schnarbach, Ziche

13.00 Uhr

Abrechnungsgrundsätze der UV-GOÄ
Ziche

13.30 Uhr

Diskussion

13.45 Uhr

Kaffeepause

14.15 Uhr

**Sonstige Vordrucke
Nachschaubericht (F 2106)
Zwischenbericht (F 2100)
Überweisung (F 2902)
Abschlussmitteilung (F 2222)
Verordnungen**
Schnarbach, Ziche

14.45 Uhr

Diskussion

15.00 Uhr

Aus der Praxis für die Praxis
Fragen der Teilnehmer

15.30 Uhr

Ausgabe der Teilnahmebescheinigungen

Referentenverzeichnis

Schnarbach, Henry

Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe,
Fregestr. 44, 12161 Berlin

Ziche, Gerald

DGUV - Landesverband Nordost,
Fregestr. 44, 12161 Berlin

Allgemeine Hinweise

Veranstaltungsort:

Hörsaal der Klinik für Chirurgie,
Universitätsklinik Rostock, Schillingallee 35,
18057 Rostock.

Parkplätze:

Parkplätze befinden sich um das Klinikgelände herum.
Gegenüber dem Haupteingang befindet sich ein kostenpflichtiges Parkhaus.

Handout:

Die Handouts werden ausgegeben.

Auskünfte zum Seminar und Anmeldung :

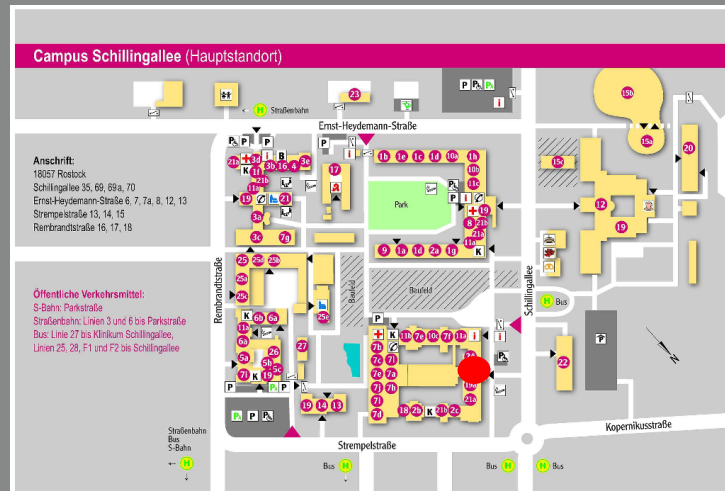
DGUV - Landesverband Nordost, Fregestraße 44,
12161 Berlin,
Tel.: 030/85105-5220, Fax: 030/85105-5225,
E-Mail: lv-nordost@dguv.de

Es wird eine **Teilnehmergebühr in Höhe von 25 €** erhoben.

Eine verbindliche Anmeldung mit dem beiliegenden Anmeldeformular **bis spätestens 22.08.2018** ist notwendig.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Landesverband Nordost

Fregestr. 44
12161 Berlin
Telefon: 030 85105-5220
Telefax: 030 85105-5225
Neue Telefonnummern ab 15.03.2018
Telefon: 030 13001-5900
Telefax: 030 13001-5901
www.dguv.de/landesverbaende
E-Mail: lv-nordost@dguv.de



Durchgangsarztbericht -UV-Träger- Lfd. Nr. _____

Unfallversicherungsträger	Eingetroffen am		Uhrzeit
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	Frankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)	
Beschäftigt als	Seit	Bei Pflegeurlaub Pflegekasse des Pflegebedürftigen	
Unfallbeih. ggf. mit Telefon-Nr. (Beschreibung von Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Krankschuldengewährung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Vollständige Anschrift des Versicherten		Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit Geschlecht
1 Unfalltag	Uhrzeit	Beginn der Arbeitszeit	Ende der Arbeitszeit
2 Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist			
3 Verhalten des Versicherten nach dem Unfall			
4.1 Art der ersten (nicht durchgangsarztl.) Versorgung		4.2 Erstmalig behandelt am	
5 Befund		Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche Art? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
6 Röntgenergänzung			
7 Erstlingsgespräch (Erklärung des Unfallgeschehens) (nachweislich)			
8 Art der Behandlung durch den D-Arzt			
9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsfalls von Bedeutung sein können			
10 Trepchen Hergang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsfalls? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____			
*Wenn ja, ist keine Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung durchzuführen und dem Versicherten eine Kopie des Durchgangsarztberichts auszuhändigen			
11 Bestehen konkreter Anzeichen, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____			
12 Art der Heilbehandlung			
<input type="checkbox"/> allgemeine Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung	
<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt		<input type="checkbox"/> ambulante stationäre	
<input type="checkbox"/> durch mich		Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsmechanismus vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nach Ziffer _____	
<input type="checkbox"/> es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil _____			
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit			
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig		<input type="checkbox"/> voraussichtlich wieder arbeitsfähig	
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig ab:		ab: _____	
		voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig	
14 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mittelbehandlung erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zugezogen wird: _____			
15 Nachschau ist erforderlich, sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte, am _____ bei Verschlimmerung sofort			
Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben			
16 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhaus			
Datum		Unterschrift des Durchgangsarztes	
		Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes	

F 1000 0104 Durchgangsarztbericht

Wie? Was? Wann? Wo?

D-Arzt-Assistenzpersonal-Seminar
05. September 2018
im Universitätsklinikum Rostock