

DGUV Landesverband Südwest, Postfach 10 14 80, 69004 Heidelberg

An die  
Durchgangsjrztinnen und Durchgangsjrzte  
in Baden-Wrttemberg und im Saarland

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom:  
Unser Zeichen: D 41  
Ansprechpartner/in: Thomas Neutz  
Telefon: +49 (6221) 510815500  
Telefax: +49 (6221) 510815099  
E-Mail: thomas.neutz@dguv.de  
www.dguv.de/landesverbaende  
Datum: 18. Juni 2018

## Rundschreiben D 10/2018

### Neue Arztberichtstexte ab dem 01.07.2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Berichtstexte nehmen im Rahmen der Heilverfahrensteuerung und des Reha-Managements der Unfallversicherungstrger eine zentrale Stellung ein. Im Zuge der Weiterentwicklung der ambulanten und stationren Heilverfahren war es erforderlich, die Arztberichtstexte entsprechend weiterzuentwickeln und gleichzeitig geschlechtsneutral zu formulieren. Zum 01.07.2018 treten nun uberarbeitete bzw. neue Arztberichtstexte in Kraft.

Die Arztberichtstexte sind Bestandteil des Vertrages rrzte/UV-Trger und wurden mit der Kassenrztlichen Bundesvereinigung (KBV) entsprechend vereinbart. Zusrztlich wurde mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ein „Entlassungsbericht aus stationrer Behandlung“ abgestimmt. Dieser Entlassungsbericht ersetzt im stationren D-Arztverfahren (DAV), im Verletzungsartenverfahren (VAV) und im Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) den bisher verwendeten krankenhausindividuellen Entlassbrief.

Die neuen bzw. geendrten Berichte wurden in den Internet-Formtextbestand der DGUV ubernommen, der uber <http://www.dguv.de/formtexte/aerzte/index.jsp> abrufbar ist und werden - bis auf den Entlassungsbericht aus stationrer Behandlung, der noch nicht elektronisch ubermittelt werden kann - in DALE-UV (Datenaustausch mit Leistungserbringern in der gesetzlichen Unfallversicherung) zur Verfugung gestellt.

Fur eine Ubergangszeit von drei Monaten - also bis 30.09.2018 - konnen die bisherigen Berichtstexte zwar noch verwendet werden. Wenn irgend mglich, verwenden Sie aber bitte die neuen Texte.

Von den rnderungen sind folgende Berichtstexte fur Durchgangsjrzte betroffen:

1 / 2

- F 1000** Durchgangsarztbericht: geändert
- F 1002** Ergänzungsbericht Kopfverletzungen: geändert
- F 1004** Ergänzungsbericht Knie: geändert
- F 1006** Ergänzungsbericht Schulter: neu
- F 1008** Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen: geändert
- F 2100** Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung: entfällt
- F 2100** Verlaufsbericht: neu
- F 2102** Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung (DAV/VAV/SAV): neu
- F 2106** Nachschaubericht bei allgemeiner Heilbehandlung: entfällt
- F 2222** Mitteilung D-Arzt Veränderungen besondere Heilbehandlung: geändert.

Auch die neuen Berichtstexte sind weitgehend selbsterklärend. Muster der neuen Berichtstexte und Hinweise, die die wichtigsten Änderungen beschreiben, sind als Anlagen beigefügt.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Olaf Ernst  
Geschäftsstellenleiter

Anlagen

## Hinweise zu den neuen Arztberichtstexten ab 01.07.2018:

### **F 1000 Durchgangsarztbericht**

Das Layout des Formularkopfes wurde im D-Bericht (und allen anderen Berichten) einheitlich und nach Möglichkeit übersichtlicher aktuellen Bedürfnissen angepasst. Die Geschlechterneutralität verlangt statt „der Versicherte“ künftig den Begriff der „versicherten Person“ zu verwenden.

In der Zeile „Name“ wurde eine Trennung zwischen Nach- und Vornamen eingeführt, um hier eine eindeutige Differenzierung zu ermöglichen. Bei „Krankenkasse“ werden aus datenschutzrechtlichen Aspekten jetzt zusätzliche Ankreuzvarianten erforderlich, etwa die Bestätigung, dass bei Familienversicherten keine Kopie an die Krankenkasse versandt wird.

Aus den „Angaben der versicherten Person“ **(2)** wurde der „Unfallort“ herausgelöst. Angaben dazu fehlen in der bisherigen D-Berichtsfassung häufig und sind deshalb künftig einem eigenen Feld vorbehalten.

Das Feld „Befund“ **(5)** unterscheidet jetzt zwischen den bei der Vorstellung vorgebrachten subjektiven „Beschwerden/Klagen“ **(5.1)** und den „klinischen Untersuchungsbefunden“ **(5.2)**. Statt lediglich nach dem „Röntgenergebnis“ wird nun nach dem „Ergebnis bildgebender Diagnostik“ **(6)** gefragt.

In einer gesonderten Spalte am rechten Rand ist bei Handverletzungen die Gebrauchshand rechts oder links zu kennzeichnen. Zusätzliche Ankreuzfelder erinnern an die erforderliche Beifügung der Ergänzungsberichte bei Kopf-, Knie- und – neu – Schulterverletzungen sowie Verbrennungen. Bei Polytrauma bzw. weiteren schweren Verletzungen ist hier zusätzlich der Injury Severity Score (ISS) zur Einordnung der Schwere der Verletzungen einzutragen.

Die AO-Klassifikation ist bei Frakturen unverändert zwingend anzugeben. Darauf wird jetzt in einem Hinweistext zum Feld „Erstdiagnose“ **(7)** ausdrücklich aufmerksam gemacht. Die Angabe des ICD 10 ist auch weiterhin freiwillig. Das entsprechende Feld ist deshalb nach wie vor kein Pflichtfeld. Trotzdem sollte an dieser Stelle nach Möglichkeit immer ein Eintrag zu dem Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen vorgenommen werden. Ein Eintrag an dieser Stelle darf allerdings – wie bereits bisher – nicht dazu führen, dass der entsprechende Klartext des ICD-10-Schlüssels automatisiert als „Erstdiagnose“ **(7)** übernommen wird. Hier ist ausnahmslos ein Freitext einzutragen. Darauf und auf die Notwendigkeit, Änderungen und Konkretisierungen unverzüglich nachzumelden, wird ausdrücklich hingewiesen.

Die Fragen in den Textspalten zur „Art der Heilbehandlung“ **(11)** leiten jetzt eindeutiger durch die verschiedenen Heilbehandlungsarten (allgemeine und besondere Heilbehandlung, ambulant oder stationär) und stellen die Zuordnung der Verletzungen nach dem Verletzungsartenverzeichnis zum VAV oder SAV deutlich heraus.

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit **(13)** sind unverändert konkrete Daten anzugeben. Dies ist im Unterschied zur bisherigen Fassung nur dann entbehrlich, wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Monate andauert. Die zeitliche Reduzierung von bisher sechs auf jetzt drei Monate kommt den praktischen Erfordernissen sowohl aus ärztlicher als auch aus Verwaltungsperspektive besser nach.

Bei über einen bestimmten Zeitpunkt hinaus andauernder Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit wird in der Neufassung einheitlich von einer notwendigen „Wiedervorstellung“ **(15)** gesprochen. Der bisher verwendete Begriff der „Nachschau“ war insbesondere den Fällen der allgemeinen Heilbehandlung vorbehalten.

Wird ein Beratungsbedarf durch das Reha-Management des UV-Trägers erkannt, so ist darauf jetzt im Feld „Bemerkungen“ (16) ebenso hinzuweisen, wie auf besondere Umstände oder Kontextfaktoren, die im Rahmen der weiteren Behandlung oder Betreuung maßgeblich sein können.

#### **Ergänzungsberichte:**

**F 1002 (Kopfverletzungen), F 1004 (Knie), F 1008 (schwere Verbrennungen)**

Die Ergänzungsberichte wurden aktuellen, zum Teil redaktionellen Erfordernissen angepasst und Formulierungen wurden konkretisiert.

Die Gebühr der Nr. 137 UV-GOÄ für den neuen Ergänzungsbericht Knie wurde auf 25,00 EUR erhöht.

#### **F 1006 Ergänzungsbericht Schulter**

Insbesondere wegen der besonderen funktionellen Bedeutung des Schultergelenks, aber auch zur Unterstützung von Diagnostik und Therapie sowie der Dokumentation wurde der neue Ergänzungsbericht „Schulter“ konzipiert.

Der Bericht erhält die Formularnummer des bereits weggefallenen Ergänzungsberichts „Strom“ und ist nicht bei jeder einfachen Verletzung, sondern ausdrücklich nur bei Verdacht auf strukturellen Schulterschaden zu erstatten, dies ggf. auch im Behandlungsverlauf, dann jedoch so früh wie möglich.

Die Gebühr der Nr. 138 UV-GOÄ für den Ergänzungsbericht „Schulter“ beträgt 25,00 EUR.

#### **F 1010 Handchirurgischer Bericht**

Der Handchirurgische Bericht wurde den aktuellen Erfordernissen eines Erstberichts nach dem Muster des Durchgangsarztberichts angepasst. Die Auflistung der schweren Verletzungen der Hand auf Blatt 2 des Berichts enthält als Auszug die ab 01.07.2018 geltende Fassung der Nummer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses.

#### **F 2100 Verlaufsbericht**

Der bisherige Nachschaubericht bei allgemeiner Heilbehandlung F 2106 und der bisherige Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung F 2100 wurden in der Praxis häufig verwechselt. Zudem gab es keine Möglichkeit, die Überleitung allgemeiner Heilbehandlung in besondere Heilbehandlung zu dokumentieren. Beide Berichtstexte werden jetzt in einem neuen Verlaufsbericht F 2100 zusammengefasst. Dabei wird künftig auf den Begriff „Nachschau“ verzichtet und stattdessen „Wiedervorstellung“ verwendet.

Zunächst wird der „Anlass der Berichterstattung“ abgefragt. Dabei wird nach Wiedervorstellung durch einen anderen Arzt, auf eigene Veranlassung oder auf Anforderung durch den UV-Träger differenziert. Wenn eine Übernahme in besondere Heilbehandlung erfolgt, sind das Datum der Übernahme und der Name des Arztes anzugeben. Besonderheiten im Heilverlauf sind hier ebenfalls zu dokumentieren, wobei auf eingetretene Komplikationen durch Markieren eines gesondertes Hinweisesfeldes aufmerksam gemacht wird.

Bleibt es auch weiterhin bei allgemeiner Heilbehandlung sind lediglich der aktuelle Befund und der bisherige Verlauf sowie etwaige Behandlungsvorschläge für den weiterbehandelnden (Haus)Arzt anzugeben. Wie beim bisherigen Nachschaubericht, sind schließlich noch der Name des behandelnden Arztes sowie Hinweise zur Arbeitsfähigkeit einzutragen. Ist aus medizinischen Gründen eine weitere Wiedervorstellung erforderlich, ist hier der entsprechende Termin anzugeben. Selbstverständlich ist der Termin der versicherten Person auch bekanntzugeben.

In der allgemeinen Heilbehandlung endet die Berichterstattung an dieser Stelle. Bei Einleitung oder Fortführung besonderer Heilbehandlung beginnt anschließend die Berichterstattung mit Fragen zum Befund **(1)**, der Einordnung der Verletzungen nach dem Verletzungsartenverzeichnis **(2)**, Maßnahmen zur weiteren Diagnostik und Behandlung **(3)** sowie von wem die Weiterbehandlung **(4)** durchgeführt wird. Die Frage nach Hinweisen für eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung **(5)** ist aus dem bisherigen Zwischenbericht bekannt.

Auf Seite 2 schließen sich Fragen insbesondere zur Erforderlichkeit weiterer Reha-Maßnahmen **(7)** und zur Arbeitsfähigkeit **(9)** sowie zur beruflichen Wiedereingliederung **(10/11)** an. Bemerkungen und Hinweise zu besonderem Beratungsbedarf durch das Reha-Management des UV-Trägers oder besonderen Umständen und Kontextfaktoren, die für den weiteren Verlauf zu berücksichtigen sind **(12)**, schließen die Berichterstattung ab.

Für den Verlaufsbericht wird einheitlich die höhere Gebühr von 10,80 EUR für den bisherigen Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung nach Nr. 115 UV-GOÄ vergütet. Die Nr. 134 für den bisherigen Nachschaubericht (bei allgemeiner Heilbehandlung) entfällt.

### **F 2102 Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung (DAV/VAV/SAV)**

Bisher konnte der Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung F 2100 auch als Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung verwendet werden, dies jedoch nur auf Anforderung durch den UV-Träger. Künftig verwenden alle am DAV, VAV und SAV beteiligten Krankenhäuser in jedem Fall den neuen einheitlichen Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung (DAV/VAV/SAV) F 2102.

An der Möglichkeit einer elektronischen Berichtsübermittlung wird zurzeit gearbeitet. Der Formtext steht jedoch ab sofort in der Datenbank der DGUV zur Verfügung. Sie können gerne unter <http://www.dguv.de/formtexte/aerzte/index.jsp> die Word-Datei herunterladen und als Muster verwenden. Vordrucke auf Papier können leider nicht zur Verfügung gestellt werden.

Bitte unterschreiben Sie den ausgefüllten Bericht im Feld „Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes“ und senden ihn in der erforderlichen Anzahl b. a. w. per Post oder verschlüsselte Mail an den zuständigen UV-Träger sowie ggf. an den weiterbehandelnden Arzt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen darf der Bericht nicht als unverschlüsselte Mail versandt werden.

Voraussichtlich im Laufe des Jahres wird es zusätzlich eine ausfüllbare pdf-Datei geben. Die jetzt in der Datenbank enthaltene pdf-Datei ist eher für reine Ansichtszwecke gedacht.

Der Entlassungsbericht ist vom Krankenhaus binnen drei Werktagen nach der Entlassung an den UV-Träger zu senden. Er wird mit 8,- € vergütet. Bei verspäteter Absendung entfällt der Anspruch auf die Berichtsgebühr. Die Gebühr soll im Zusammenhang mit der elektronischen Abrechnung der stationären Behandlung abgerechnet werden. Der dafür erforderliche Entgeltschlüssel wird noch eingerichtet.

Der einheitliche Entlassungsbericht gilt für alle Behandlungen mit stationärer Aufnahme ab 01.07.2018. Um die Umstellung auf das neue Verfahren zu unterstützen, wird jedoch für einen Übergangszeitraum bis zum 30.09.2018 auch noch der bisherige Entlassbrief akzeptiert. Ein Anspruch auf eine Berichtsgebühr besteht dann allerdings nicht.

Der neue Entlassungsbericht gilt ausschließlich für die stationäre Behandlung nach Arbeitsunfällen. Für Berufskrankheiten verbleibt es beim bisherigen Verfahren.

Der Bericht fragt in einem einführenden Block zunächst ab, ob es sich um die Erst- oder um eine Folgebehandlung handelt, ggf. aus welchem Grund eine Folgebehandlung erforderlich

wurde. Zudem wird gefragt, ob die Entlassung nach Hause erfolgt, oder ob es sich um eine Verlegung handelt. Auch die Entlassung in ein Pflegeheim stellt in diesem Sinne eine Verlegung dar.

Der sich anschließende medizinische Fragenblock **(1.1. bis 1.9)** orientiert sich bewusst am Aufbau der üblichen Entlassbriefe. Bei der Diagnose **(1.1)** ist auch in diesem Bericht bei Frakturen zwingend die AO-Klassifikation einzutragen, anders als im D-Bericht allerdings nicht in einem gesonderten Feld. Anschließend werden insbesondere die durchgeführte Therapie **(1.3)**, noch einmal der Unfallhergang und die Anamnese **(1.4)** sowie Beschwerden und Klagen bei Aufnahme **(1.5)** mit den Aufnahmebefunden **(1.6)** abgefragt. Zusätzlich zur Schilderung des Behandlungsverlaufs **(1.7)** ist ggf. der OP-Bericht beizufügen. Die Entlassungsbefunde werden schließlich ergänzt durch Therapieempfehlungen einschließlich der Medikation und ggf. weiterer Diagnostik **(1.9)**.

Eine wichtige Frage ist die nach eingetretenen Komplikationen oder Verzögerungen im Heilverlauf **(2)**. Es schließen sich bereits bekannte Fragen nach der Einordnung zum Verletzungsartenverzeichnis **(3)**, nach Hinweisen für eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung **(5)**, zur Erforderlichkeit weiterer Reha-Maßnahmen **(6)** und zur Arbeitsfähigkeit **(8)** sowie zur beruflichen Wiedereingliederung **(9/10)** an. Bemerkungen und Hinweise zu besonderem Beratungsbedarf durch das Reha-Management des UV-Trägers oder besonderen Umständen und Kontextfaktoren, die für den weiteren Verlauf zu berücksichtigen sind **(11)**, schließen auch hier die Berichterstattung ab.

#### **F 2222 Mitteilung Arbeitsfähigkeit/Abschluss besondere Heilbehandlung**

Der Formtext konzentriert sich in der neuen Fassung auf den Behandlungsabschluss und trägt deshalb die Bezeichnung „Mitteilung Arbeitsfähigkeit/Abschluss der Heilbehandlung“. Er kann auch bei Abbruch der Heilbehandlung verwendet werden.

# Durchgangsarztbericht

– UV-Träger –

Lfd. Nr.

|   |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
|---|---------|---|--|---|--|--|--|---|----------------------|------------|--|-------|
| Unfallversicherungsträger   |         |   | Eingetroffen am  |   |  | Uhrzeit  |  |   |                      |            |  |       |
| Name der versicherten Person  |         | Vorname   |  | Geburtsdatum  |  | Krankenkasse   | Familierversichert   |   | Name des Mitglieds   |            |  |       |
|   |         |   |  |   |  |  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine<br>Kopie an Kasse |   |                      |            |  |       |
| 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   | Uhrzeit |   | Unfallort  |   |  | Beginn der Arbeitszeit   |  |   | Ende der Arbeitszeit |            |  |       |
|   |         |   |  |   |  | Uhr  |  |   | Uhr                  |            |  |       |
| 2 Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist   |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| 3 Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall   |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| 4.1 Art der ersten (nicht durchgangsarztlichen) Versorgung  |         |   |  |   |  | 4.2 Erstmalig ärztlich behandelt am  |  |   |                      |            |  | durch |
| 5 Befund    Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    Welche Anzeichen?    Blutentnahme? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| 5.1 Beschwerden/Klagen  |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| <b>Bei Handverletzung</b>   |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| Gebrauchshand   |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links  |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| 5.2 Klinische Untersuchungsbefunde  |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| <b>Ergänzungsbericht beigefügt wegen</b>  |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzung   |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| <input type="checkbox"/> Knieverletzung   |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| <input type="checkbox"/> Schulterverletzung   |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| <input type="checkbox"/> Verbrennung  |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| Bei Polytrauma/weiteren schweren Verletzungen   |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| <b>ISS</b>  |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| 6 Ergebnis bildgebender Diagnostik  |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| 7 Erstdiagnose - <b>Freitext</b> -<br>(Änderungen/Konkretisierungen <b>unverzüglich</b> nachmelden, bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.)  |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| <b>AO-Klassifikation</b>  |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| <input type="text"/>  |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| <b>ICD 10</b>   |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| <input type="text"/>  |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| 8 Art der durchgangsarztlichen Versorgung   |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| 9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können   |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| 10 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des Durchgangsarztberichts auszuhändigen.<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil                 |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| 11 <b>Art der Heilbehandlung</b>  |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| <input type="checkbox"/> Ambulant<br><input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung<br><input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung<br><input type="checkbox"/> Stationär (besondere Heilbehandlung)               |         |   |  | Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?<br><input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> VAV nach Ziffer<br><input type="checkbox"/> SAV nach Ziffer |  |  |  | <input type="checkbox"/> Es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil |                      |            |  |       |
| 12 <b>Weiterbehandlung erfolgt</b>  |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| <input type="checkbox"/> durch mich   |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| <input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben  |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| 13 <b>Beurteilung der Arbeitsfähigkeit</b>  |         |   |  |   |  | 14 <b>Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?</b> |  |   |                      |            |  |       |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsfähig   |         | <input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab             |  | <input type="checkbox"/> Nein   |  | <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird  |  |   |                      |            |  |       |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab  |         | <input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| 15 Wiedervorstellung ist erforderlich, <b>sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte</b> , am _____ ; bei Verschlimmerung sofort.<br>Der Termin wurde der versicherten Person bekannt gegeben.      |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| 16 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)  |         |   |  |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |
| Datum   |         |   | Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes |   |  |  |  |   |                      |            |  |       |

|                     |               |            |          |
|---------------------|---------------|------------|----------|
| Name, Vorname:<br>, | Geburtsdatum: | Unfalltag: | Lfd. Nr. |
|---------------------|---------------|------------|----------|

Weitere Ausführungen

**Ergänzungsberichte nicht vergessen!**

F 1002 Kopfverletzung  
F 1004 Knieverletzung

F 1006 Schulterverletzung  
F 1008 Schwere Verbrennung

**Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

**Mitteilung an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt**

Sie erhalten meinen Bericht. Bitte stellen Sie die Patientin/den Patienten spätestens zum vorgesehenen Nachschautermin (siehe Nr. 15) wieder bei mir vor, wenn sie/er bis dahin nicht wieder arbeitsfähig oder noch behandlungsbedürftig ist.

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger  
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt  
Eigenbedarf  
Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei familienversicherten Personen



Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

Anlage zum D-Bericht Nr.:

## Ergänzungsbericht - Kopfverletzungen -

| Befunde  |                              |   |  |              |       |                         |       |  |
|--|------------------------------|---|--|--------------|-------|-------------------------|-------|--|
|  |                              | Am Unfallort  |  | Bei Aufnahme |       | Im Verlauf max. 24 Std. |       |  |
| Jahr:  |                              | Datum:  |  |              |       |                         |       |  |
|  |                              | Zeit:   |  |              |       |                         |       |  |
|  |                              | Erhoben von (z. B. Notarzt):  |  |              |       |                         |       |  |
| <b>1 Bewusstsein: (Glasgow-Coma-Scale)</b>   |                              |   |  |              |       |                         |       |  |
| Augenöffnung   | 4 Spontan                    |   |  |              |       |                         |       |  |
|  | 3 Auf Ansprechen             |   |  |              |       |                         |       |  |
|  | 2 Auf Schmerzreiz            |   |  |              |       |                         |       |  |
|  | 1 Gar nicht                  |   |  |              |       |                         |       |  |
| Beste motorische Antwort   | 6 Befolgt Aufforderungen     |   |  |              |       |                         |       |  |
|  | 5 Gezielte Schmerzabwehr     |   |  |              |       |                         |       |  |
|  | 4 Normale Beugung            |   |  |              |       |                         |       |  |
|  | 3 Abnormale Flexion          |   |  |              |       |                         |       |  |
|  | 2 Strecken re./li./beidseits |   |  |              |       |                         |       |  |
|  | 1 Keine                      |   |  |              |       |                         |       |  |
| Beste verbale Antwort  | 5 Orientiert                 |   |  |              |       |                         |       |  |
|  | 4 Verwirrt                   |   |  |              |       |                         |       |  |
|  | 3 Wortsalat                  |   |  |              |       |                         |       |  |
|  | 2 Unverständliche Laute      |   |  |              |       |                         |       |  |
|  | 1 Keine                      |   |  |              |       |                         |       |  |
| Summenpunktwert  |                              | Glasgow-Coma-Scale (GCS 3 - 15)<br><small>(Bei Kindern: Zahlen von Kinder-Coma-Scale verwenden)</small> |  |              |       |                         |       |  |
| <b>2 Pupillen:</b>   |                              |   |  |              |       |                         |       |  |
| Weite: (Zutreffende Zahl notieren)   |                              |   |  | Rechts       | Links | Rechts                  | Links |  |
| 1 Normal – mittel  |                              | 3 Weit, rund  |  |              |       |                         |       |  |
| 2 Eng  |                              | 4 Weit, entrundet   |  |              |       |                         |       |  |
| Reaktion: (Zutreffende Zahl notieren)  |                              |   |  | Rechts       | Links | Rechts                  | Links |  |
| 1 Normal – rasch   |                              | 3 Gar nicht   |  |              |       |                         |       |  |
| 2 Träge  |                              |   |  |              |       |                         |       |  |
| <b>3 Blutdruck:</b>  |                              |   |  |              |       |                         |       |  |
| <b>4 Puls:</b>   |                              |   |  |              |       |                         |       |  |
| <b>5 Atmung:</b> (Zutreffende Zahl notieren)   |                              |   |  |              |       |                         |       |  |
| 1 Spontan  |                              | 2 Intubiert   |  |              |       |                         |       |  |
| <b>6 Körpertemperatur:</b>   |                              |   |  |              |       |                         |       |  |
| <b>7 Sonstiges:</b> (Alle zutreffenden Zahlen notieren)  |                              |   |  |              |       |                         |       |  |
| 1 Nein   |                              | 5 Krampfanfall  |  |              |       |                         |       |  |
| 2 Nackensteife   |                              | 6 Zusatzverletzung  |  |              |       |                         |       |  |
| 3 Erbrechen  |                              | <small>(Näheres unter Punkt 9 vermerken)</small>  |  |              |       |                         |       |  |
| 4 Aspiration   |                              |   |  |              |       |                         |       |  |
| <b>8 Bes. Maßnahmen und Diagnostik:</b><br><small>(z. B. EEG, Röntgen, CT, OP)<br/>(Ergebnisse unter 9 vermerken, sofern nicht im D-Bericht beschrieben)</small> |                              |   |  |              |       |                         |       |  |
| <b>9 Ergänzungen:</b>  |                              |   |  |              |       |                         |       |  |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>10 Wichtige zusätzliche Angaben bei Aufnahme:</b><br/>(Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen):</p> <p>10.1 Erinnerungslücke durch Trauma</p> <p>10.2 Liquoraustritt</p> <p>10.3 Blutung im Bereich des Schädels</p> <p>10.4 Beschwerden (z. B. Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerzen, Gefühlsstörungen, Lähmungserscheinungen u. a.):</p> | <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja (nähere Angaben)      <input type="checkbox"/> Nicht bekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja, wo?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja, wo?</p> |
| <p><b>11 Diagnose(n):</b><br/>(SHT-Grad mit angeben)</p>   |  |
| <p><b>12 Behandlung(en):</b></p>   |  |

| Glasgow Coma Scale ( <b>Kinder</b> )  |   |  |   |
|---|---|--|---|
| I a. Verbale Antwort 1. - 24. Lebensmonat   |   | I b. Verbale Antwort > 24. Monat                           |   |
| Fixiert, verfolgt, erkennt, lacht   | 5 | Spricht verständlich, ist orientiert                       | 5 |
| Fixiert und verfolgt inkonstant, erkennt nicht sicher, lacht nicht situationsbedingt                                  | 4 | Ist verwirrt, spricht unzusammenhängend, ist desorientiert | 4 |
| Nur zeitweise erweckbar, trinkt und isst nicht, Bedrohreflex (ab 4/12) nicht sicher auslösbar                         | 3 | Antwort inadäquat, Wortsalat                               | 3 |
| Ist motorisch unruhig, jedoch nicht erweckbar   | 2 | Unverständliche Laute                                      | 2 |
| Ist komatös, kein Kontakt zur Umwelt, keine visuell, akustisch oder sensorisch ausgelöste motorische Reizbeantwortung | 1 | Keine verbalen Äußerungen                                  | 1 |
| II. Motorische Antwort  |   | III. Augenöffnen   |   |
| Greift gezielt auf Aufforderung, befolgt andere motorische Aufforderungen prompt                                      | 6 | Spontanes Augenöffnen                                      | 4 |
| Gezielte Abwehr eines Schmerzreizes möglich   | 5 | Augenöffnen auf Ansprechen                                 | 3 |
| Ungezielte Beugebewegungen auf Schmerzreize   | 4 | Augenöffnen auf Schmerzreiz                                | 2 |
| Ungezielte Beugebewegungen auf Schmerzreize an den Armen, Strecktendenz an den Beinen                                 | 3 | Kein Augenöffnen   | 1 |
| Extension aller vier Extremitäten auf Schmerzreize  | 2 |  |   |
| Keine motorische Antwort auf Schmerzreize   | 1 |  |   |
|   |   | Summe aus I a/ I b + II + III =                            |   |

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum                      Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes

Sie erhalten eine Gebühr nach Nr. 136 UV-GOÄ

Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

Anlage zum D-Bericht Nr.:

oder Anlage zum Verlaufsbericht vom:

## Ergänzungsbericht - Knie -

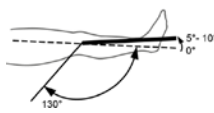
Rechts  Links

Nur bei Verdacht auf Kniebinnenschaden, ggf. auch im Behandlungsverlauf.

### 1 Unfallhergang, sofern nicht im D-Bericht beschrieben:

Möglichst wörtliche Wiedergabe der Schilderung. Unklare Angaben (z. B. Um- oder Einknicken) bitte erläutern.

|     |  |                                 |   |
|-----|--|---------------------------------|---|
| 1.1 | Kam es zu einer direkten Gewalteinwirkung, ggf. wie?   | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja:  |
| 1.2 | Kam es zu einer indirekten Gewalteinwirkung, ggf. wie?   | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja:  |
| 1.3 | War einer der Gelenkpartner im Rahmen des Unfallgeschehens fixiert, ggf. welcher und wodurch?                        | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja:  |
| 2   | <b>Verhalten nach dem Ereignis:</b>  |                                 |   |
| 2.1 | Als Unfall dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin gemeldet  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, am   |
| 2.2 | Zeitpunkt der Arbeitseinstellung   | <input type="checkbox"/> Sofort | <input type="checkbox"/> Später, am   |
| 2.3 | Noch selbstständig gehfähig  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja   |
| 3   | <b>Beschwerden:</b>  | <input type="checkbox"/> Sofort | <input type="checkbox"/> Später, am   |
|     |  | Welche:                         |   |
| 4   | <b>Frühere Behandlungsbedürftigkeit, weitere Erkrankungen oder Verletzungen:</b>                                     | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, welche?  |
| 4.1 | An dem geschädigten Knie   |                                 |   |
| 4.2 | An dem betroffenen Bein  |                                 |   |
| 4.3 | An anderen Gelenken (auch Gegenseite)  |                                 |   |
| 4.4 | Allgemeinerkrankungen, die auf die Beschwerden Einfluss gehabt haben können  |                                 |   |
| 5   | <b>Sportliche Betätigung:</b><br>(Auch gelegentliche Freizeit-Sporttätigkeit erfragen)<br>Ggf. welche und wie lange? | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, welche?  |
| 6   | <b>Berufliche Betätigung:</b>  |                                 |   |
| 6.1 | Kniebelastende Tätigkeit, ggf. wodurch und wie lange?  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, wodurch und wie lange?   |
| 7   | <b>Befund:</b>   |                                 |   |
| 7.1 | Äußere Verletzungszeichen<br>(Hautdruckmarken, Hautabschürfungen, Wunden)  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, wo?  |
| 7.2 | Blutergussverfärbung   | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> frisch <input type="checkbox"/> älter <input type="checkbox"/> abklingend |
| 7.3 | Weichteilschwellung  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, wo?  |
| 7.4 | Kapselverdickung   | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, wo?  |
| 7.5 | Schleimbeutelbeteiligung, ggf. wo und welcher Art?   | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, wo und welcher Art?  |

|  |  |  |  |     |     |     |     |     |     |
|--|--|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| <p>7.6 Grobe Prüfung der Hautwärme</p> <p>7.7 Druckempfindlichkeit</p> <p>7.8 Bandapparat:<br/>Innenbandführung<br/>Außenbandführung<br/>Schubladenzeichen<br/>Schublade<br/>Ergebnisse weiterer klinischer Tests zur Bandinstabilität<br/>Bandführung der Gegenseite</p> <p>7.9 Zeichen für Meniskusbeteiligung</p> <p>7.10 Gelenkgeräusche:<br/>Knirschen/Knacken/Reiben</p> <p>7.11 Bewegungsmaße – Kniegelenk<br/>Streckung/Beugung (Abb.)</p>  <p>7.12 Umfangmaße:<br/>Oberschenkel 20 cm oberhalb inn. Kniegelenkspalt<br/>Oberschenkel 10 cm oberhalb inn. Kniegelenkspalt<br/>Kniescheibenmitte</p> <p>7.13 Gelenkguss:<br/>Punktion<br/>Beschaffenheit des Punktats<br/>Bakteriologisch-mikroskopische Untersuchung veranlasst</p> <p>7.14 Laborchemische Entzündungsparameter (z. B. CRP)</p> | <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Erhöht</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo?</p> <p style="text-align: right;">Gelockert:</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> 3-5 mm <input type="checkbox"/> 6-10 mm <input type="checkbox"/> &gt; 10 mm</p> <p><input type="checkbox"/> Vordere <input type="checkbox"/> Hintere <input type="checkbox"/> Nicht prüfbar, weil</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Verändert, wie?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?</p> <p style="text-align: center;"><b>Rechts:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Bds. gleich stark</p> <p style="text-align: right;"><b>Links:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">cm:</td> <td style="text-align: center;">cm:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">cm:</td> <td style="text-align: center;">cm:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">cm:</td> <td style="text-align: center;">cm:</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Menge: ml</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Ergebnis nachliefern)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Ergebnis: (ggf. nachliefern)</p> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | cm: | cm: | cm: | cm: | cm: | cm: |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |  |     |     |     |     |     |     |
| cm:  | cm:  |  |  |     |     |     |     |     |     |
| cm:  | cm:  |  |  |     |     |     |     |     |     |
| cm:  | cm:  |  |  |     |     |     |     |     |     |
| <p>8 <b>Bildgebende Diagnostik, soweit nicht im D-Arztbericht beschrieben</b> (Nicht nur knöcherner Verletzungszeichen, sondern auch krankhafte Veränderungen oder Anomalien beschreiben):</p>   |  |  |  |     |     |     |     |     |     |
| <p>9 <b>Diagnose:</b></p>  |  |  |  |     |     |     |     |     |     |
| <p>10 <b>Behandlung bzw. Behandlungsvorschläge:</b></p>  |  |  |  |     |     |     |     |     |     |
| <p>11 Sind zur Klärung der Diagnose oder des ursächlichen Zusammenhanges noch weitere Maßnahmen erforderlich (z. B. Kernspintomografie, weitere Laborleistungen)?</p>  | <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?</p>  |  |  |     |     |     |     |     |     |
| <p>12 <b>Welche Unterlagen sind noch zu beschaffen?</b></p>  |  |  |  |     |     |     |     |     |     |

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes

Sie erhalten eine Gebühr nach Nr. 137 UV-GOÄ

Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

Anlage zum D-Bericht Nr.:

oder Anlage zum Verlaufsbericht vom:

## Ergänzungsbericht - Schulter -

Rechts  Links

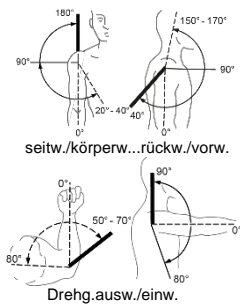
Nur bei Verdacht auf strukturellen Schulterschaden, ggf. auch im Behandlungsverlauf.

### 1 Unfallhergang, sofern nicht im D-Bericht beschrieben:

Möglichst wörtliche Wiedergabe der Schilderung. Unklare Angaben (z. B. Sturz auf den ausgestreckten Arm) bitte erläutern.

|  |  |                                 |   |
|--|--|---------------------------------|---|
| 1.1  | Kam es zu einer direkten Gewalteinwirkung, ggf. wie?                                 | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja:  |
| 1.2  | Kam es zu einer indirekten Gewalteinwirkung, ggf. wie?                               | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja:  |
| 1.3  | Stellung des Armes während des Unfallgeschehens                                      |                                 |   |
| 1.4  | Zusätzliche Krafteinwirkung (z. B. Tragen einer Last)                                |                                 |   |
| <b>2 Verhalten nach dem Ereignis:</b>  |  |                                 |   |
| 2.1  | Als Unfall dem Arbeitgeber gemeldet  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, am   |
| 2.2  | Zeitpunkt der Arbeitseinstellung   | <input type="checkbox"/> Sofort | <input type="checkbox"/> Später, am   |
| <b>3 Beschwerden:</b>  |  | <input type="checkbox"/> Sofort | <input type="checkbox"/> Später, am   |
|  |  | Welche:                         |   |
| <b>4 Frühere Behandlungsbedürftigkeit, weitere Erkrankungen oder Verletzungen:</b>                                     |  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, welche?  |
| 4.1  | An der geschädigten Schulter   |                                 |   |
| 4.2  | An dem betroffenen Arm   |                                 |   |
| 4.3  | Auf der Gegenseite   |                                 |   |
| 4.4  | Allgemeinerkrankungen, die auf die Beschwerden Einfluss gehabt haben können          |                                 |   |
| <b>5 Sportliche Betätigung:</b><br>(Auch gelegentliche Freizeit-Sporttätigkeit erfragen)<br>Ggf. welche und wie lange? |  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, welche?  |
| <b>6 Berufliche Betätigung:</b>  |  |                                 |   |
| 6.1  | Schulterbelastende Tätigkeit (z. B. Über-Kopf-Arbeiten), ggf. wodurch und wie lange? | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, wodurch und wie lange?   |
| <b>7 Befund:</b>   |  |                                 |   |
| 7.1  | Äußere Verletzungszeichen<br>(Hautdruckmarken, Hautabschürfungen, Wunden)            | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, wo?  |
| 7.2  | Blutergussverfärbung   | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> frisch <input type="checkbox"/> älter <input type="checkbox"/> abklingend |
| 7.3  | Weichteilschwellung  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja, wo?  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>7.4 Grobe Prüfung der Hautwärme</p> <p>7.5 Druckempfindlichkeit</p> <p>7.6 Funktionstestung rechts (Art und Ergebnis)<br/>Funktionstestung links (Art und Ergebnis)</p> <p>7.7 Stabilitätstestung rechts (Art und Ergebnis)<br/>Stabilitätstestung links (Art und Ergebnis)</p> <p>7.8 Klinische Zeichen für Rotatorenmanschettschädigung (z. B. Drop-Arm-Sign)</p> <p>7.9 Gelenkgeräusche:<br/>Knirschen/Knacken/Reiben</p> <p>7.10 Bewegungsmaße – aktiv<br/>Retroversion – Anteversion<br/>Abduktion – Adduktion<br/>Außen – Innenrotation<br/>bei anliegendem Arm</p> <p>7.11 Bewegungsmaße – passiv<br/>Retroversion – Anteversion<br/>Abduktion – Adduktion<br/>Außen – Innenrotation<br/>bei anliegendem Arm</p> <p>7.12 Symmetrie der Schulter<br/>(z. B. Muskelausprägung, Geradstand)</p> <p>7.13 Anzeichen für Nervenschaden</p> <p>7.14 Laborchemische Entzündungsparameter (z. B. CRP)</p> | <p><input type="checkbox"/> Normal   <input type="checkbox"/> Erhöht</p> <p><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, wo?</p><br><p><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, welche?</p> <p style="text-align: center;"><b>Rechts:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Bds. gleich stark</p> <p style="text-align: center;"><b>Links:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table><br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table><br><p><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, welche?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, Ergebnis:      (ggf. nachliefern)</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>8 <b>Bildgebende Diagnostik, soweit nicht im D-Arztbericht beschrieben</b> (Nicht nur knöcherne Verletzungszeichen, sondern auch krankhafte Veränderungen oder Anomalien beschreiben):</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>9 <b>Diagnose:</b></p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>10 <b>Behandlung bzw. Behandlungsvorschläge:</b></p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>11 <b>Sind zur Klärung der Diagnose oder des ursächlichen Zusammenhanges noch weitere Maßnahmen erforderlich</b> (z. B. Kernspintomografie, weitere Laborleistungen)?</p>   | <p><input type="checkbox"/> Nein   <input type="checkbox"/> Ja, welche?</p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>12 <b>Welche Unterlagen sind noch zu beschaffen?</b></p>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum      Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes

Sie erhalten eine Gebühr nach Nr. 138 UV-GOÄ

Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

Anlage zum D-Bericht Nr.:

## Ergänzungsbericht – schwere Verbrennungen -

| Verbrennung               | 1 Jahr | 1 bis 4 Jahre | 5 bis 9 Jahre | 10 bis 14 Jahre | 15 Jahre | Erwach-sene | 2°-A*) | 2°-B*) | 3°*) | 4°*) |
|---------------------------|--------|---------------|---------------|-----------------|----------|-------------|--------|--------|------|------|
| Kopf                      | 19     | 17            | 13            | 11              | 9        | 7           |        |        |      |      |
| Hals                      | 2      | 2             | 2             | 2               | 2        | 2           |        |        |      |      |
| Rumpf (vorn)              | 13     | 13            | 13            | 13              | 13       | 13          |        |        |      |      |
| Rumpf (hinten)            | 13     | 13            | 13            | 13              | 13       | 13          |        |        |      |      |
| Rechte Gesäßhälfte        | 2 ½    | 2 ½           | 2 ½           | 2 ½             | 2 ½      | 2 ½         |        |        |      |      |
| Linke Gesäßhälfte         | 2 ½    | 2 ½           | 2 ½           | 2 ½             | 2 ½      | 2 ½         |        |        |      |      |
| Genitalien                | 1      | 1             | 1             | 1               | 1        | 1           |        |        |      |      |
| Rechter Oberarm           | 4      | 4             | 4             | 4               | 4        | 4           |        |        |      |      |
| Linker Oberarm            | 4      | 4             | 4             | 4               | 4        | 4           |        |        |      |      |
| Rechter Unterarm          | 3      | 3             | 3             | 3               | 3        | 3           |        |        |      |      |
| Linker Unterarm           | 3      | 3             | 3             | 3               | 3        | 3           |        |        |      |      |
| Rechte Hand               | 2 ½    | 2 ½           | 2 ½           | 2 ½             | 2 ½      | 2 ½         |        |        |      |      |
| Linke Hand                | 2 ½    | 2 ½           | 2 ½           | 2 ½             | 2 ½      | 2 ½         |        |        |      |      |
| Rechter Oberschenkel      | 5 ½    | 6 ½           | 8             | 8 ½             | 9        | 9 ½         |        |        |      |      |
| Linker Oberschenkel       | 5 ½    | 6 ½           | 8             | 8 ½             | 9        | 9 ½         |        |        |      |      |
| Rechter Unterschenkel     | 5      | 5             | 5 ½           | 6               | 6 ½      | 7           |        |        |      |      |
| Linker Unterschenkel      | 5      | 5             | 5 ½           | 6               | 6 ½      | 7           |        |        |      |      |
| Rechter Fuß               | 3 ½    | 3 ½           | 3 ½           | 3 ½             | 3 ½      | 3 ½         |        |        |      |      |
| Linker Fuß                | 3 ½    | 3 ½           | 3 ½           | 3 ½             | 3 ½      | 3 ½         |        |        |      |      |
| Summe:                    |        |               |               |                 |          |             |        |        |      |      |
| <b>Gesamtverbrennung:</b> |        |               |               |                 |          |             |        |        |      |      |

\*) Ausmaß und Schweregrad der Verbrennungen in entsprechende Spalte eintragen.

### ABSI-Score

| Parameter        | Punkte | Summe Punkte | % verbrannte KOF        | Punkte | Summe Punkte     |
|------------------|--------|--------------|-------------------------|--------|------------------|
|                  |        |              |                         |        | <b>Übertrag:</b> |
| Mann             | 0      |              | 1- 10                   | 1      |                  |
| Frau             | 1      |              | 11- 20                  | 2      |                  |
| Alter:           |        |              | 21- 30                  | 3      |                  |
| 0-20             | 1      |              | 31- 40                  | 4      |                  |
| 21-40            | 2      |              | 41- 50                  | 5      |                  |
| 41-60            | 3      |              | 51- 60                  | 6      |                  |
| 61-80            | 4      |              | 61- 70                  | 7      |                  |
| > 80             | 5      |              | 71- 80                  | 8      |                  |
| Inhal. Trauma    | 1      |              | 81- 90                  | 9      |                  |
| Drittgradige     | 1      |              | 91-100                  | 10     |                  |
| <b>Übertrag:</b> |        |              | <b>Gesamtpunktzahl:</b> |        |                  |

| Gesamtpunktzahl | Sterbewahrscheinlichkeit |
|-----------------|--------------------------|
| 2 - 3           | < 1 %                    |
| 4 - 5           | 2 %                      |
| 6 - 7           | 10-20 %                  |
| 8 - 9           | 30-50 %                  |
| 10 -11          | 60-80 %                  |

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

---

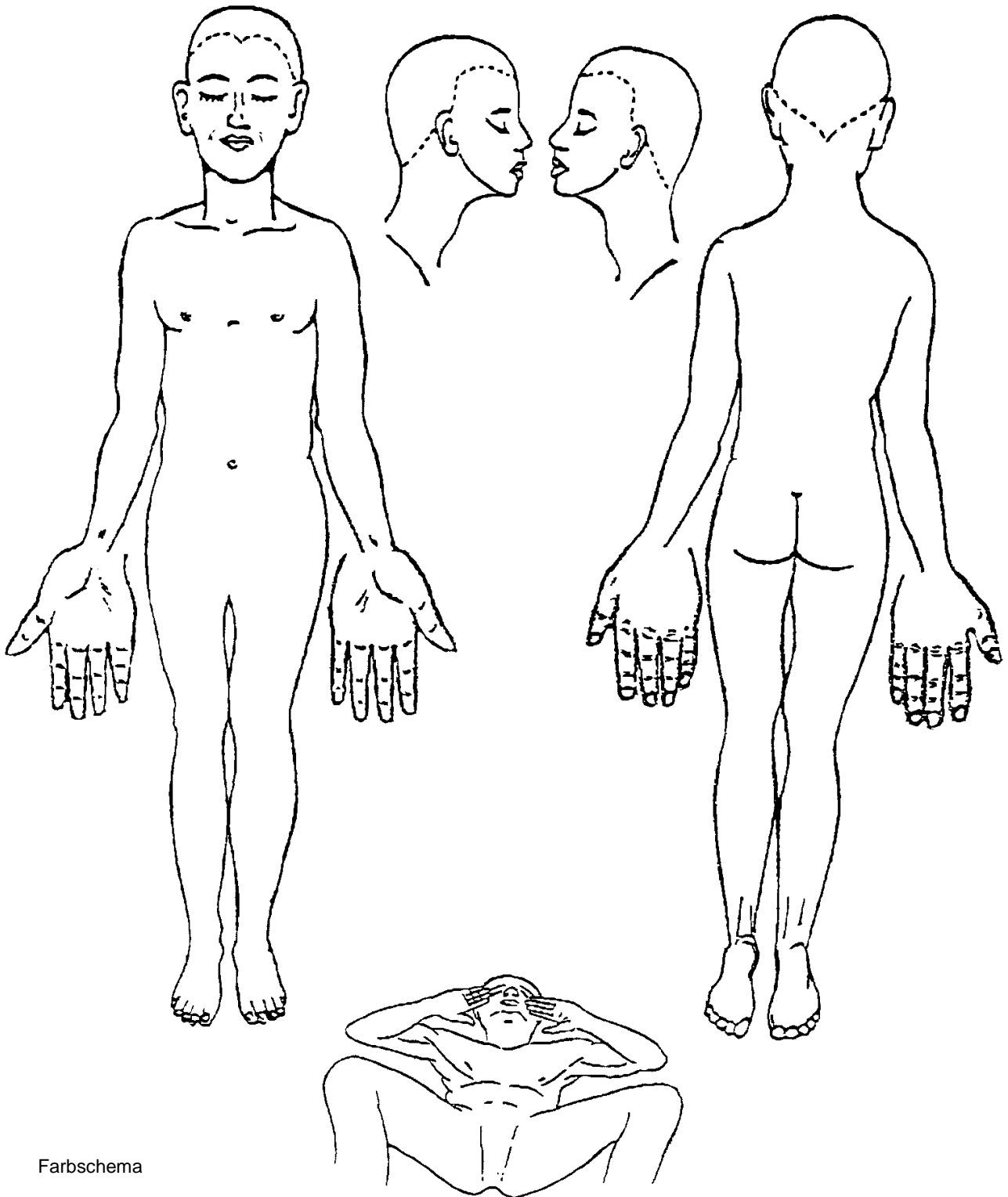
Datum                      Name und Anschrift der Durchgangsjrztin/des Durchgangsarztes

Sie erhalten eine Gebfhr nach Nr. 139 UV-GOj



Name, Vorname:

## Beiblatt schwere Verbrennungen am



Farbschema

- 2°-A = blau\*)
- 2°-B = blau-rot-gestreift
- 3° = rot\*)
- 4° = schwarz\*)
- \*) in Skizze eintragen

# Handchirurgischer Bericht

– UV-Träger –

Lfd. Nr.

(Nur zu verwenden von Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 Ärztevertrag, die nicht D-Arzt sind)

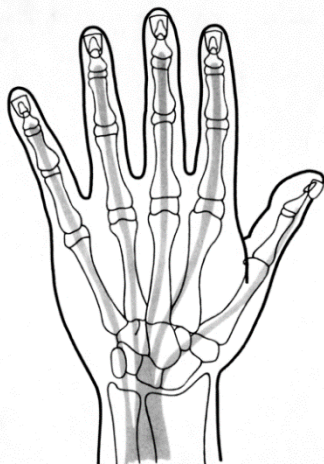
|  |         |           |   |                                    |   |  |   |  |       |  |
|--|---------|-----------|---|------------------------------------|---|--|---|--|-------|--|
| Unfallversicherungsträger  |         |           | Eingetroffen am   |                                    |   | Uhrzeit  |   |  |       |  |
| Name der versicherten Person   |         | Vorname   | Geburtsdatum  |                                    | Krankenkasse  | Familienversichert<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine<br>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  | Uhrzeit | Unfallort |   |                                    | Beginn der Arbeitszeit<br>Uhr   |  | Ende der Arbeitszeit<br>Uhr   |  |       |  |
| 2 Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist  |         |           |   |                                    |   |  |   |  |       |  |
| 3 Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall  |         |           |   |                                    |   |  |   |  |       |  |
| 4.1 Art der ersten (nicht durchgangszärtlichen) Versorgung   |         |           |   | 4.2 Erstmals ärztlich behandelt am |   |  |   |  | durch |  |
| 5 Befund Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja   |         |           |   |                                    | Welche Anzeichen?   |  | Blutentnahme? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |  |       |  |
| 5.1 Beschwerden/Klagen   |         |           |   |                                    |   |  |   | <b>Gebrauchshand</b><br><input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links |       |  |
| 5.2 Klinische Untersuchungsbefunde   |         |           |   |                                    |   |  |   |  |       |  |
| 6 Ergebnis bildgebender Diagnostik   |         |           |   |                                    |   |  |   |  |       |  |
| 7 Erstdiagnose - <b>Freitext</b> -<br>(Änderungen/Konkretisierungen <b>unverzüglich</b> nachmelden, bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.)   |         |           |   |                                    |   |  |   | <b>AO-Klassifikation</b><br><input type="text"/>                                       |       |  |
|  |         |           |   |                                    |   |  |   | <b>ICD 10</b><br><input type="text"/>  |       |  |
| 8 Art der handchirurgischen Versorgung   |         |           |   |                                    |   |  |   |  |       |  |
| 9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können  |         |           |   |                                    |   |  |   |  |       |  |
| 10 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des Durchgangsarztberichts auszuhändigen.<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil  |         |           |   |                                    |   |  |   |  |       |  |
| <b>11 Art der Heilbehandlung</b><br><input type="checkbox"/> Ambulant<br><input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung ( <b>keine</b> Verletzung nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses)<br><input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung (Verletzung nach Ziffer 8)<br><input type="checkbox"/> Stationär (besondere Heilbehandlung) |         |           | Bei Vorliegen einer Verletzung nach Ziff. 8 des Verletzungsartenverzeichnisses (besondere Heilbehandlung)<br><input type="checkbox"/> VAV nach Ziffer 8<br><input type="checkbox"/> SAV nach Ziffer 8 |                                    |   | <input type="checkbox"/> Es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil                |   |  |       |  |
| <b>12 Weiterbehandlung erfolgt</b><br><input type="checkbox"/> durch mich<br><input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben  |         |           |   |                                    |   |  |   |  |       |  |
| <b>13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit</b><br><input type="checkbox"/> Arbeitsfähig <input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab<br><input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab <input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig  |         |           |   |                                    | <b>14 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?</b><br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird |  |   |  |       |  |
| 15 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)   |         |           |   |                                    |   |  |   |  |       |  |
| Datum  |         |           | Name und Anschrift (Stempel) der behandelnden Ärztin/des Arztes   |                                    |   | Unterschrift der Ärztin/des Arztes   |   |  |       |  |

Name, Vorname:

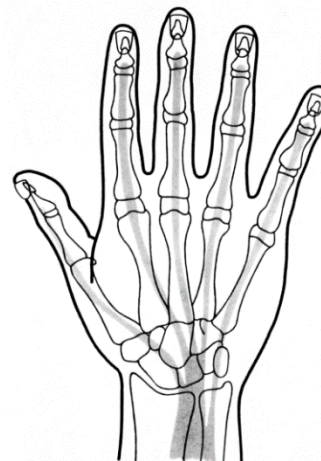
Geburtsdatum:

Unfalltag:

Lfd. Nr.



Linke Hand außen



Rechte Hand außen

**L**

Bitte hier zusätzlich Verletzungs-/  
Amputationsstelle einzeichnen.

**R**



Linke Hand innen



Rechte Hand innen

**Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

**Schwere Verletzungen der Hand nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses**

(siehe Auszug aus den „Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis unter Einschluss Schwerstverletzungsartenverfahren“ - in der überarbeiteten Version 2.0; Stand 1. Juli 2018 -)

- 8.1 (S) Amputationsverletzungen (auch Avulsionen) einschließlich des Daumenendglieds, ausgenommen singuläre Endgliedamputationen D2 bis D5.
- 8.2 (V) Alle Brüche des ersten Mittelhandknochens. Brüche der Langfinger oder der Mittelhandknochen 2-5 - mit Gelenkbeteiligung - Betroffenheit mehrerer Strahlen - schwere Weichteilverletzungen entsprechend 1.5 (V).
- 8.3 (V) Brüche einzelner Handwurzelknochen bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.
- 8.3 (S) **Verletzungen der Handwurzel bei – Brüchen mehrerer Handwurzelknochen – singulären oder mehrfachen Bandverletzungen – Verrenkungen – Verrenkungsbrüchen.**
- 8.4 (S) **Verletzungen der Stammnerven und der funktionell bedeutsamen Nerven – Nervus medianus – Nervus ulnaris – Ramus profundus – Nervus radialis – Fingernerven z. B. in der Greifzone des Daumens, des Zeigefingers oder der Außenseite des Kleinfingers.**
- 8.5 (S) **Gefäßverletzungen an Fingern, Hand oder Unterarm mit akuten oder drohenden Ernährungsstörungen, auch bei abzuklärender Operationsnotwendigkeit.**
- 8.6 (V) Verletzungen an der Hand (auch am Unterarm): – einer oder mehrerer Beugesehnen außerhalb (proximal) der Zonen I-III – mehrerer Strecksehnen.
- 8.6 (S) **Beugesehnenverletzungen in den Zonen I-III**
- 8.7 (S) **Alle Verletzungen an der Hand (auch am Unterarm) bei – tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen (siehe auch Ziffer 11) – Hochdruckeinspritzverletzungen.**

**Nur in diesen Fällen kann besondere Heilbehandlung eingeleitet und durchgeführt werden.**

Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Nr. 140 UV-GOÄ. Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger

Eigenbedarf

Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei familienversicherten Personen

# Verlaufsbericht

– UV-Träger –

Lfd. Nr.

|                              |  |         |                 |   |  |            |                    |  |
|------------------------------|--|---------|-----------------|---|--|------------|--------------------|--|
| Unfallversicherungsträger    |  |         | Eingetroffen am |   |  | Uhrzeit    |                    |  |
| Name der versicherten Person |  | Vorname | Geburtsdatum    | Krankenkasse  | Familienversichert<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine<br>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)

Unfalltag

## Anlass der Berichterstattung

- Wiedervorstellung durch andere Ärztin/anderen Arzt  Wiedervorstellung auf eigene Veranlassung  Anforderung durch UV-Träger
- Übernahme in besondere Heilbehandlung ab \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_
- Besonderheiten im Heilverlauf (§ 16 ÄV, auch während stationärer Behandlung):
- Es sind Komplikationen eingetreten
- Hinweise zur beruflichen Wiedereingliederung (§ 17 ÄV)

## Allgemeine Heilbehandlung

Aktueller Befund und bisheriger Verlauf/ggf. Behandlungsvorschlag

- Die versicherte Person verbleibt in allgemeiner Heilbehandlung bei \_\_\_\_\_ und ist
- arbeitsfähig  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.

## Nur bei Einleitung oder Fortführung besonderer Heilbehandlung ab hier weiter mit Punkt 1:

### Besondere Heilbehandlung

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 - **Freitext** -

**AO-Klassifikation**

**ICD 10**

2 Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?

- Nein
- Ja
- VAV nach Ziffer
- SAV nach Ziffer

3 Sind weitere Maßnahmen zur Diagnostik und Heilbehandlung vorgesehen?

- Nein  Ja, welche?

4 Weiterbehandlung erfolgt

- durch mich
- durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben

5 Gibt es Hinweise für eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung?

- Nein  Ja, welche?

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

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)?

Nein  Ja , ab Wo?

8 Sind besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Schuhversorgung, Hilfsmittel) erforderlich?

Nein  Ja, welche?

9 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit

Die versicherte Person ist  weiter arbeitsfähig  
 weiter arbeitsunfähig voraussichtlich bis

Die Behandlung ist voraussichtlich abgeschlossen am:

10 Bestehen Bedenken, dass die versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit dauerhaft wieder ausüben kann?

Nein  Ja, weil

Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil

11 Ist eine stufenweise Wiedereingliederung (Belastungserprobung) erforderlich?

Nein  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.

**Mitteilung an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt bei allgemeiner Heilbehandlung**

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

# Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung (DAV/VAV/SAV)

– UV-Träger –

Lfd. Nr.

|   |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
|---|--|---------|---|---|--|---------------------|--------------------|------------|--|
| Unfallversicherungsträger   |  |         | Eingetroffen am   |   |  | Uhrzeit             |                    |            |  |
| Name der versicherten Person  |  | Vorname | Geburtsdatum  | Krankenkasse  | Familienversichert<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine<br>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) |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
| Unfalltag   |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
| <b>Stationäre Behandlung</b> vom                      bis   |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
| <input type="checkbox"/> Erstbehandlung nach Unfall   |  |         | <input type="checkbox"/> Folgebehandlung  |   |  |                     |                    |            |  |
| Grund der stationären Folgebehandlung:  |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
| <input type="checkbox"/> Entlassung nach Hause oder   |  |         | <input type="checkbox"/> Verlegung nach                      , weil                      (z. B. Probleme bei häuslicher Versorgung, Schwere der Verletzung) |   |  |                     |                    |            |  |
| 1.1 Diagnose - <b>Freitext</b> -<br>(Bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.)                                     |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
| 1.2 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die weitere Behandlung von Bedeutung sein können     |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
| 1.3 Therapie  |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
| 1.4 Unfallhergang/Anamnese  |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
| 1.5 Beschwerden/Klagen bei Aufnahme   |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
| 1.6 Aufnahmebefunde (funktionell/Bildgebung/Labor, etc.)  |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
| 1.7 Behandlungsverlauf während stationärer Behandlung (ggf. OP-Bericht beifügen)  |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
| 1.8 Entlassungsbefunde (funktionell/Bildgebung/Labor, etc.)   |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
| 1.9 Therapieempfehlungen (inklusive Medikation, ggf. weitere Diagnostik)  |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
| 2 Sind Komplikationen oder Verzögerungen im Heilverlauf eingetreten?  |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?  |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |
| 3 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  |  |         |   |   |  |                     |                    |            |  |

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

4 Weiterbehandlung erfolgt  
 durch mich  
 durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben

5 Gibt es Hinweise für eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung?  
 Nein  Ja, welche?  
Wurden deshalb Maßnahmen veranlasst?  
 Nein  Ja, welche?

6 Sind Reha-Maßnahmen erforderlich (z. B. Physiotherapie, EAP, ABMR, BGSW)?  
 Nein  Ja, ab \_\_\_\_\_, Wo? \_\_\_\_\_  
Wurden Verordnungen ausgestellt?  Nein  Ja, welche?

7 Sind besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Schuhversorgung, Verordnung von Hilfsmitteln, Schulbeförderung) erforderlich?  
 Nein  Ja, welche?  
Wurden Verordnungen ausgestellt?  Nein  Ja, welche?

8 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit  
Die versicherte Person ist  arbeitsfähig ab Tag nach Entlassung  
 weiter arbeitsunfähig, voraussichtlich arbeitsfähig ab: \_\_\_\_\_

9 Bestehen Bedenken, dass die versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit dauerhaft wieder ausüben kann?  
 Nein  Ja, weil \_\_\_\_\_  
 Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil \_\_\_\_\_

10 Ist eine stufenweise Wiedereingliederung (Belastungserprobung) erforderlich?  
 Nein  Ja, voraussichtlich ab \_\_\_\_\_  
 Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil \_\_\_\_\_

11 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Schul- und Schulsporfähigkeit, Kontextfaktoren, besondere Umstände)

**Datenschutz:**  
Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

|       |  |
|-------|--|
| Datum | Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes |
|-------|--|

**Verteiler**  
Unfallversicherungsträger  
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt  
Eigenbedarf

# Mitteilung Arbeitsfähigkeit/ Abschluss besondere Heilbehandlung

– UV-Träger –

Lfd. Nr.

|   |  |         |                 |   |              |  |  |                    |
|---|--|---------|-----------------|---|--------------|--|--|--------------------|
| Unfallversicherungsträger   |  |         | Eingetroffen am |   |              | Uhrzeit  |  |                    |
| Name der versicherten Person  |  | Vorname | Geburtsdatum    |   | Krankenkasse | Familierversichert   |  | Name des Mitglieds |
|   |  |         |                 |   |              | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine<br>Kopie an Kasse |  |                    |
| 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)   |  |         |                 |   |              |  |  |                    |
| Unfalltag   |  |         |                 |   |              |  |  |                    |
| <p>1 Die versicherte Person ist</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitsfähig ab</p> <p>(Bei Schülerinnen und Schülern bitte auf die Möglichkeit des Schulbesuchs abstellen.)</p>  |  |         |                 |   |              |  |  |                    |
| <p>2 Ärztliche Behandlung ist</p> <p>2.1 <input type="checkbox"/> zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung ab nicht mehr erforderlich.</p> <p>2.2 weiterhin erforderlich</p> <p><input type="checkbox"/> durch mich</p> <p><input type="checkbox"/> durch</p> <p style="padding-left: 40px;">Name und Anschrift der behandelnden D-Ärztin/des behandelnden D-Arztes</p> <p><input type="checkbox"/> durch</p> <p style="padding-left: 40px;">Name und Anschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes</p> <p>Wiedervorstellung am</p> <p>2.3 Die Behandlung erfolgt ab zu Lasten der (gesetzlichen) Krankenversicherung.</p> |  |         |                 |   |              |  |  |                    |
| <p>3 Die Minderung der Erwerbsfähigkeit beträgt nach vorläufiger Schätzung über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus % (auch MdE-Sätze unter 20 % sind anzugeben).</p>  |  |         |                 |   |              |  |  |                    |
| <p>4 <input type="checkbox"/> Weitere Hinweise für den Unfallversicherungsträger:</p>   |  |         |                 |   |              |  |  |                    |

## Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes

## Verteiler

Unfallversicherungsträger  
Eigenbedarf