

Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung (DAV/VAV/SAV)

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger		Eingetroffen am _____ Uhrzeit _____			
Name der versicherten Person	Vorname _____	Geburtsdatum _____	Krankenkasse _____	Familienversichert _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine 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 _____					
Stationäre Behandlung 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 - Freitext - (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 Aufnahmefunde (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

Wo?

Wurden Verordnungen ausgestellt? Nein Ja, welche?

7 Sind besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Schuhversorgung, Verordnung von Hilfsmitteln, Schulbeförderung) erforderlich?

- Nein Ja, welche?

Wunden Verordnungen ausgestellt? Nein Ja, welche?

8 Beurteilung der Arbeitseigenschaft/Behandlungsbedürftigkeit

Die versicherte Person ist arbeitsfähig ab Tag nach Entlassung

Die versicherte Person ist arbeitsfähig ab Tag nach Entlassung

Weiter arbeitsunfähig, voraussichtlich

Nein Ja, weil

- Nein Ja, weil

Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil

10 ist eine stufenweise Wiedereingliederung

Nein Ja, vorläufiglich ab
 Beimt noch nicht zu bearbeiten weiß

Datenschutz:

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

Datum Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes

Verteiler

Vertreter
Unfallversicherungsträger

Umlaufversicherungsträger
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt

Eigenbedarf