

Lfd. Nr.	Bezeichnung	Einheit	Menge	Preis	Wert
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90		

F 2102 0123 Entlassungsbericht

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
4 Weiterbehandlung erfolgt <input type="checkbox"/> durch mich <input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben			
5 Gibt es Hinweise für eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? Wurden deshalb Maßnahmen veranlasst? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?			
6 Sind Reha-Maßnahmen erforderlich (z. B. Physiotherapie, EAP, ABMR, BGSW)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ab _____, Wo? _____ Wurden Verordnungen ausgestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?			
7 Sind besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Schuhversorgung, Verordnung von Hilfsmitteln, Schulbeförderung) erforderlich? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? Wurden Verordnungen ausgestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?			
8 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit Die versicherte Person ist <input type="checkbox"/> arbeitsfähig ab Tag nach Entlassung <input type="checkbox"/> weiter arbeitsunfähig, voraussichtlich arbeitsfähig ab: _____			
9 Bestehen Bedenken, dass die versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit dauerhaft wieder ausüben kann? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil _____ <input type="checkbox"/> Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil _____			
10 Ist eine stufenweise Wiedereingliederung erforderlich? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, voraussichtlich ab _____ <input type="checkbox"/> Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil _____			
11 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Schul- und Schulsportfähigkeit, 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