

...

|                |               |            |          |
|----------------|---------------|------------|----------|
| Name, Vorname: | 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

| Durchgangsarztbericht   |  |  |  |                 | - Für die Krankenkasse - |   | 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)   |  |  |  |                 |                          |   |          |   |         |                      |  |
| 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   |  |  |  |                 |                          |   |          |   |         |                      |  |
|   |  |  |  |                 |                          |   |          |   |         |                      |  |
| <div style="float: right;"> <b>Bei Handverletzung</b><br/><br/>           Gebrauchshand<br/> <input type="checkbox"/> Rechts    <input type="checkbox"/> Links<br/><br/> <b>Ergänzungsbericht beigefügt wegen</b><br/><br/> <input type="checkbox"/> Kopfverletzung<br/> <input type="checkbox"/> Knieverletzung<br/> <input type="checkbox"/> Schulterverletzung<br/> <input type="checkbox"/> Verbrennung<br/><br/>           Bei Polytrauma/weiteren schweren Verletzungen<br/> <b>ISS</b> </div>  |  |  |  |                 |                          |   |          |   |         |                      |  |
| 7 Erstdiagnose - <b>Freitext</b> -<br>(Änderungen/Konkretisierungen <b>unverzüglich</b> nachmelden, bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.)  |  |  |  |                 |                          |   |          |   |         |                      |  |
| <div style="float: right;"> <b>AO-Klassifikation</b><br/> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>ICD 10</b><br/> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px;"></div> </div>   |  |  |  |                 |                          |   |          |   |         |                      |  |
|   |  |  |  |                 |                          |   |          |   |         |                      |  |
| 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   |  |  |  |                 |                          |   |          |   |         |                      |  |
| <div> <div> <b>11 Art der Heilbehandlung</b><br/> <input type="checkbox"/> Ambulant<br/>             <input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung<br/>             <input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung<br/> <input type="checkbox"/> Stationär (besondere Heilbehandlung)         </div> <div>           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         </div> <div> <input type="checkbox"/> Es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil         </div> </div> |  |  |  |                 |                          |   |          |   |         |                      |  |
| <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<br><input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab   |  |  |  |                 |                          |   |          | <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 |         |                      |  |
| <input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab<br><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.  |  |  |  |                 |                          |   |          |   |         |                      |  |
|   |  |  |  |                 |                          |   |          |   |         |                      |  |
| Datum   |  | Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes |  |                 |                          |   |          |   |         |                      |  |

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

Weitere Ausführungen

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>Ergänzungsberichte nicht vergessen!</b> |                            |
| F 1002 Kopfverletzung                      | F 1006 Schulterverletzung  |
| F 1004 Knieverletzung                      | F 1008 Schwere Verbrennung |

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

|   |
|---|
| <b>Mitteilung an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt</b>   |
| 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. |