

Durchgangsarztbericht

UV-Träger

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)						
1 Unfalltag	Uhrzeit	Unfallort	Beginn der Arbeitszeit Uhr		Ende der Arbeitszeit 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 durchgangärztlichen) 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	Bei Handverletzung					
Gebrauchshand <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links						
5.2 Klinische Untersuchungsbefunde	Ergänzungsbericht beigefügt wegen					
<input type="checkbox"/> Kopfverletzung <input type="checkbox"/> Knieverletzung <input type="checkbox"/> Schulerverletzung <input type="checkbox"/> Verbrennung						
6 Ergebnis bildgebender Diagnostik	Bei Polytrauma/weiteren schweren Verletzungen ISS					
7 Erstdiagnose - Freitext - (Änderungen/Konkretisierungen unverzüglich nachmelden, bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.)	AO-Klassifikation ICD 10					
8 Art der durchgangärztlichen 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. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil						
11 Art der Heilbehandlung						
<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Stationär (besondere Heilbehandlung)	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		<input type="checkbox"/> Es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil			
12 Weiterbehandlung erfolgt						
<input type="checkbox"/> durch mich <input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben						
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Arbeitsfähig <input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab <input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig		14 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird			
15 Wiedervorstellung ist erforderlich, sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte , am Der Termin wurde der versicherten Person bekannt gegeben.	; bei Verschlimmerung sofort.					
16 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)						
Datum	Name und Anschrift der Durchgangärztin/des Durchgangsarztes					

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

Weitere Ausführungen

Ergänzungsberichte nicht vergessen!

F 1002 Kopfverletzung
F 1004 Knieverletzung

F 1006 Schulerverletzung
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 <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)						
1 Unfalltag	Uhrzeit	Unfallort	Beginn der Arbeitszeit Uhr		Ende der Arbeitszeit Uhr	
2 Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist						
<p>Bei Handverletzung</p> <p>Gebrauchshand <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links</p> <p>Ergänzungsbericht beigefügt wegen</p> <p><input type="checkbox"/> Kopfverletzung <input type="checkbox"/> Knieverletzung <input type="checkbox"/> Schulterverletzung <input type="checkbox"/> Verbrennung</p> <p>Bei Polytrauma/weiteren schweren Verletzungen ISS</p>						
<p>7 Erstdiagnose - Freitext - (Änderungen/Konkretisierungen unverzüglich nachmelden, bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.)</p> <p>AO-Klassifikation</p> <p>ICD 10</p>						
<p>10 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des Durchgangsarztberichts auszuhändigen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil</p>						
<p>11 Art der Heilbehandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Stationär (besondere Heilbehandlung)</p>			<p>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</p>		<input type="checkbox"/> Es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil	
<p>12 Weiterbehandlung erfolgt</p> <p><input type="checkbox"/> durch mich <input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben</p>						
<p>13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsfähig <input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab <input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig</p>			<p>14 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird</p>			
<p>15 Wiedervorstellung ist erforderlich, sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte, am _____; bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde der versicherten Person bekannt gegeben.</p>						
<p>Datum _____ Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes</p>						

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

Weitere Ausführungen

Ergänzungsberichte nicht vergessen!

F 1002 Kopfverletzung
F 1004 Knieverletzung

F 1006 Schulerverletzung
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.