

# Verlaufsbericht

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					
<b>Anlass der Berichterstattung</b>					
<input type="checkbox"/> Wiedervorstellung durch andere Ärztin/anderen Arzt		<input type="checkbox"/> Wiedervorstellung auf eigene Veranlassung		<input type="checkbox"/> Anforderung durch UV-Träger	
<input type="checkbox"/> Übernahme in besondere Heilbehandlung ab		durch			
<input type="checkbox"/> Besonderheiten im Heilverlauf (§ 16 ÄV, auch während stationärer Behandlung): <input type="checkbox"/> Es sind Komplikationen eingetreten <input type="checkbox"/> Hinweise zur beruflichen Wiedereingliederung (§ 17 ÄV)					
<input type="checkbox"/> <b>Allgemeine Heilbehandlung</b> Aktueller Befund und bisheriger Verlauf/ggf. Behandlungsvorschlag					
<input type="checkbox"/> Die versicherte Person verbleibt in allgemeiner Heilbehandlung bei und ist <input type="checkbox"/> arbeitsfähig <input type="checkbox"/> 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.					
<b>Nur bei Einleitung oder Fortführung besonderer Heilbehandlung ab hier weiter mit Punkt 1:</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Besondere Heilbehandlung</b>					
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 - <b>Freitext</b> -					
<b>AO-Klassifikation</b> <input type="text"/>					
<b>ICD 10</b> <input type="text"/>					
2 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					
3 Sind weitere Maßnahmen zur Diagnostik und Heilbehandlung vorgesehen?					
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?					
4 Weiterbehandlung erfolgt					
<input type="checkbox"/> durch mich <input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben					

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
5 Gibt es Hinweise für eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung?			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?			
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)?			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ab Wo?			
8 Sind besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Schuhversorgung, Hilfsmittel) erforderlich?			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?			
9 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit			
Die versicherte Person ist <input type="checkbox"/> weiter arbeitsfähig			
<input type="checkbox"/> weiter arbeitsunfähig voraussichtlich bis			
Die Behandlung ist voraussichtlich abgeschlossen am:			
10 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			
11 Ist eine stufenweise Wiedereingliederung erforderlich?			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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

**Vorname**  
Unfallversicherungsträger  
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt bei allgemeiner Heilbehandlung  
Eigenbedarf