

Lfd. Nr.	Text
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	...
91	...
92	...
93	...
94	...
95	...
96	...
97	...
98	...
99	...
100	...

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 Durchgangsärsztin/des Durchgangsarztes _____			

Verteiler
Unfallversicherungsträger
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt
Eigenbedarf