

Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung (DAV/VAV/SAV)

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)					
Unfalltag					
Stationäre Behandlung vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Erstbehandlung nach Unfall <input type="checkbox"/> Folgebehandlung Grund der stationären Folgebehandlung: <input type="checkbox"/> Entlassung nach Hause oder <input type="checkbox"/> Verlegung nach _____, weil (z. B. Probleme bei häuslicher Versorgung, Schwere der Verletzung)					
1.1 Diagnose - Freitext - (Bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.)					
1.2 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die weitere Behandlung von Bedeutung sein können					
1.3 Therapie					
1.4 Unfallhergang/Anamnese					
1.5 Beschwerden/Klagen bei Aufnahme					
1.6 Aufnahmefunde (funktionell/Bildgebung/Labor, etc.)					
1.7 Behandlungsverlauf während stationärer Behandlung (ggf. OP-Bericht beifügen)					
1.8 Entlassungsbefunde (funktionell/Bildgebung/Labor, etc.)					
1.9 Therapieempfehlungen (inklusive Medikation, ggf. weitere Diagnostik)					
2 Sind Komplikationen oder Verzögerungen im Heilverlauf eingetreten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?					
3 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					

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

4 Weiterbehandlung erfolgt

- durch mich
 durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben

5 Gibt es Hinweise für eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung?

- Nein Ja, welche?

Wurden deshalb Maßnahmen veranlasst?

- Nein Ja, welche?

6 Sind Reha-Maßnahmen erforderlich (z. B. Physiotherapie, EAP, ABMR, BGSW)?

- Nein Ja

Wo?

Wurden Verordnungen ausgestellt? Nein Ja, welche?

7 Sind besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Schuhversorgung, Verordnung von Hilfsmitteln, Schulbeförderung) erforderlich?

- Nein Ja, welche?

Wurden Verordnungen ausgestellt? Nein Ja, welche?

8 Beurteilung der Arbeitseigenschaft/Behandlungsbedürftigkeit

8 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit
Bis zu 100% Befähigt Inaktiver Zustand

Die versicherte Person ist arbeitsfähig ab Tag nach

weiter arbeitsunfähig, voraussichtlich

9 Bestehen Bedenken, dass die Versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit dauerhaft wieder ausüben kann?

- Nein Ja, weil

Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil

10 Ist eine stufenweise Wiedererholung erforderlich?

Nein Ja, voraussichtlich ab

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 Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes

Verteiler

Vertreter
Unfallversicherungsträger

Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt

Eigenbedarf