|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | | […] | | | | |  |
| geb.: | | […] | | | | | |
| Unfalltag: | | […] | | | | | |
| **Anlage zum D-Bericht Nr.:** | | | […] | **oder Anlage zum Verlaufsbericht vom:** […] | | | |
| **Ergänzungsbericht – Schulter –** Nur bei Verdacht auf strukturellen Schulterschaden, ggf. auch im Behandlungsverlauf. | | | | | | **Rechts  Links** | |
| 1 | **Unfallhergang, sofern nicht im D-Bericht beschrieben:** Möglichst wörtliche Wiedergabe der Schilderung. Unklare Angaben (z. B. Sturz auf den ausgestreckten Arm) bitte erläutern. | | | | | | |
|  | […] | | | | | | |
| 1.1 | Kam es zu einer direkten Gewalteinwirkung, ggf. wie? | | | | Nein  Ja: […] | | |
| 1.2 | Kam es zu einer indirekten Gewalteinwirkung, ggf. wie? | | | | Nein  Ja: […] | | |
| 1.3 | Stellung des Armes während des Unfallgeschehens | | | | […] | | |
| 1.4 | Zusätzliche Krafteinwirkung (z. B. Tragen einer Last) | | | | […] | | |
| 2 | **Verhalten nach dem Ereignis:** | | | |  | | |
| 2.1 | Als Unfall dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin gemeldet | | | | Nein  Ja, am […] | | |
| 2.2 | Zeitpunkt der Arbeitseinstellung | | | | Sofort  Später, am […] | | |
| 3 | **Beschwerden:** | | | | Sofort  Später, am […] | | |
|  |  | | | | Welche: […] | | |
| 4 | **Frühere Behandlungsbedürftigkeit, weitere Erkrankungen oder Verletzungen:** | | | | Nein  Ja, welche? […] | | |
| 4.1 | An der geschädigten Schulter | | | | […] | | |
| 4.2 | An dem betroffenen Arm | | | | […] | | |
| 4.3 | Auf der Gegenseite | | | | […] | | |
| 4.4 | Allgemeinerkrankungen, die auf die Beschwerden Einfluss gehabt haben können | | | | […] | | |
| 5 | **Sportliche Betätigung:** (Auch gelegentliche Freizeit-Sporttätigkeit erfragen) Ggf. welche und wie lange? | | | | Nein  Ja, welche? […] | | |
| 6 | **Berufliche Betätigung:** | | | |  | | |
| 6.1 | Schulterbelastende Tätigkeit (z. B. Über-Kopf-Arbeiten), ggf. wodurch und wie lange? | | | | Nein  Ja, wodurch und wie lange? […] | | |
| 7 | **Befund:** | | | |  | | |
| 7.1 | Äußere Verletzungszeichen (Hautdruckmarken, Hautabschürfungen, Wunden) | | | | Nein  Ja, wo? […] | | |
| 7.2 | Blutergussverfärbung | | | | Nein  Ja,  frisch  älter  abklingend | | |
| 7.3 | Weichteilschwellung | | | | Nein  Ja, wo? […] | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7.4 | Grobe Prüfung der Hautwärme | | | Normal  Erhöht | | |
| 7.5 | Druckempfindlichkeit | | | Nein  Ja, wo? […] | | |
| 7.6 | Funktionstestung rechts (Art und Ergebnis) | | | […] | | |
|  | Funktionstestung links (Art und Ergebnis) | | | […] | | |
| 7.7 | Stabilitätstestung rechts (Art und Ergebnis) | | | […] | | |
|  | Stabilitätstestung links (Art und Ergebnis) | | | […] | | |
| 7.8 | Klinische Zeichen für Rotatorenmanschettenschädigung (z. B. Drop-Arm-Sign) | | | Nein  Ja, welche? […] | | |
| 7.9 | Gelenkgeräusche: | | | **Rechts:** | | **Links:** |
|  | Knirschen/Knacken/Reiben | | | Nein  Ja: […] | | Nein  Ja: […] |
|  |  | | |  | Bds. gleich stark | |
| 7.10 | Bewegungsmaße – aktiv  Retroversion – Anteversion Abduktion – Adduktion Außen – Innenrotation bei anliegendem Arm | | |  | | --- | | 4222_Abb14222_Abb2  seitw./körperw...rückw./vorw. |   4222-Abb34222_Abb4  Drehg.ausw./einw. | |  |  |  | | --- | --- | --- | | […] | […] | […] | | […] | […] | […] | | […] | […] | […] | | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | […] | […] | […] | | […] | […] | […] | | […] | […] | […] | |
| 7.11 | Bewegungsmaße – passiv  Retroversion – Anteversion Abduktion – Adduktion Außen – Innenrotation bei anliegendem Arm | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | […] | […] | […] | | […] | […] | […] | | […] | […] | […] | | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | […] | […] | […] | | […] | […] | […] | | […] | […] | […] | |
| 7.12 | Symmetrie der Schulter (z. B. Muskelausprägung, Geradstand) | | | […] | | |
| 7.13 | Anzeichen für Nervenschaden | | | Nein  Ja, welche? […] | | |
| 7.14 | Laborchemische Entzündungsparameter (z. B. CRP) | | | Nein  Ja, Ergebnis: […] (ggf. nachliefern) | | |
| 8 | **Bildgebende Diagnostik,** **soweit nicht im  D-Arztbericht beschrieben** (Nicht nur knöcherne Verletzungszeichen, sondern auch krankhafte Veränderungen oder Anomalien beschreiben)**:** | | | […] | | |
| 9 | **Diagnose:** | | | […] | | |
| 10 | **Behandlung bzw. Behandlungsvorschläge:** | | | […] | | |
| 11 | **Sind zur Klärung der Diagnose oder des ursächlichen Zusammenhanges noch weitere Maßnahmen erforderlich** (z. B. Kernspintomografie, weitere Laborleistungen)**?** | | | Nein  Ja, welche? […] | | |
| 12 | **Welche Unterlagen sind noch zu beschaffen?** | | | […] | | |
| **Datenschutz:**  Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Datum | | Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes | | | | |
| […] | | […] | | | | |

Sie erhalten eine Gebühr nach Nr. 138 UV-GOÄ