|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | Ihr Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  | […] |
|  |  |  |  | Unser Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihr Ansprechpartner: |  | […] |
|  |  |  |  | Telefon: |  | […] |
|  |  |  |  | Fax: |  | […] |
|  |  |  |  | E-Mail: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Datum: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |

Name, Vorname: […] geb.: […]

**Auskunft Behandlung**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | **Erste** ärztliche Inanspruchnahme: |
|  | Datum: | […] | Uhrzeit: | […] |
| 2 | **Unfallhergang**: |
|  | […] |
| 2.1 | **Verletzung** **(Erstbefund)**: |
|  | […] |
| 2.2 | **Befunde**: **(Röntgen, CT, MRT - falls durchgeführt -)** |
|  | […] |
| 3 | **Diagnose**: |
|  | […] |
| 4 | **Behandlung und Heilverlauf**:**(insbesondere auch Komplikationen)** |
|  | […] |
| 5 | **Aktueller Verletzungszustand**: |
|  | […] |
| 6 | **Dauer der Behandlung** |
| 6.1 | Abgeschlossen am: […] |
| 6.2 | Voraussichtlich weiter bis: […] |
| 7 | **Dauer der Arbeitsunfähigkeit** |
| 7.1 | vom: […] | bis: […] |
| 7.2 | Voraussichtlich weiter bis: […] |
| **Datenschutz:**Sofern die Behandlung noch andauert, habe ich die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. |
| […] |  |  |
| Ort, Datum |  | **Institutionskennzeichen (IK)** |
| […] |  | […]**Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – |
| Unterschrift und Stempel |  |  |

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 110) und Auslagen nach der UV-GOÄ