|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Verlaufsbericht** | Wählen Sie ein Element aus. | Lfd. Nr. |
| […] |
| Unfallversicherungsträger | Eingetroffen am | Uhrzeit |
| […] | […] | […] |
| Name der versicherten Person | Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse | Familienversichert | Name des Mitglieds |
| […] | […] | […] | […] | [ ]  Nein [ ]  Ja: keine Kopie an Kasse | […] |
| 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 |  |
| […] |
| **Anlass der Berichterstattung**[ ]  Wiedervorstellung durch andere Ärztin/anderen Arzt [ ]  Wiedervorstellung auf eigene Veranlassung [ ]  Anforderung durch UV-Träger[ ]  Übernahme in besondere Heilbehandlung ab […] durch […][ ]  Besonderheiten im Heilverlauf (§ 16 ÄV, auch während stationärer Behandlung): […] [ ]  Es sind Komplikationen eingetreten[ ]  Hinweise zur beruflichen Wiedereingliederung (§ 17 ÄV) […] |
| [ ]  **Allgemeine Heilbehandlung**Aktueller Befund und bisheriger Verlauf/ggf. Behandlungsvorschlag |
| […] |
| [ ]  Die versicherte Person verbleibt in allgemeiner Heilbehandlung bei […] und ist [ ]  arbeitsfähig [ ]  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. |
| **Nur bei Einleitung oder Fortführung besonderer Heilbehandlung ab hier weiter mit Punkt 1:** |
| [ ]  **Besondere Heilbehandlung**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 **- Freitext -** | **AO-Klassifikation** |
| […] | […] |
|  |
| **ICD 10** |
| […] |
|  |
| 2 Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?[ ]  Nein[ ]  Ja[ ]  VAV nach Ziffer […][ ]  SAV nach Ziffer […] |
| 3 Sind weitere Maßnahmen zur Diagnostik und Heilbehandlung vorgesehen? |
| [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
| 4 Weiterbehandlung erfolgt[ ]  durch mich[ ]  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? |
| [ ]  Nein [ ]  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)? |
| [ ]  Nein [ ]  Ja, […] ab […] Wo? […] |
| 8 Sind besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Schuhversorgung, Hilfsmittel) erforderlich? |
| [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
| 9 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit |
| Die versicherte Person ist [ ]  weiter arbeitsfähig [ ]  weiter arbeitsunfähig voraussichtlich bis […]Die Behandlung ist voraussichtlich abgeschlossen am: […] |
| 10 Bestehen Bedenken, dass die versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit dauerhaft wieder ausüben kann?[ ]  Nein [ ]  Ja, weil […] |
| [ ]  Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil […] |
| 11 Ist eine stufenweise Wiedereingliederung erforderlich? |
| [ ]  Nein [ ]  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**

Unfallversicherungsträger

Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt bei allgemeiner Heilbehandlung

Eigenbedarf