|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ärztliche Unfallmeldung** | | | | | | | | | | | **Auswahl** | | | | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unfalltag | | | | Uhrzeit | | Unfallort | | | | | | | | | | | Beginn der Arbeitszeit | | | Ende der Arbeitszeit | | | | | |
| […] | | | | […] | | […] | | | | | | | | | | | […] | Uhr | | […] | | Uhr | | | |
| Vorstellungspflicht bei einer Durchgangsärztin/einem Durchgangsarzt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Die versicherte Person wird am | | | | | | | | […] | | bei der D-Ärztin/dem D-Arzt (bitte genaue Anschrift angeben) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | vorgestellt, weil | |
|  | | die Unfallverletzung über den Unfalltag hinaus zur Arbeitsunfähigkeit führt, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | die Verordnung von Heilmitteln (z. B. Physiotherapie) oder Hilfsmitteln (z. B. Gehstützen) erforderlich ist, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | eine Wiedererkrankung an Unfallfolgen vorliegt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eine Vorstellungspflicht bei einer D-Ärztin/einem D-Arzt besteht nicht, weil keine der oben aufgeführten Voraussetzungen erfüllt ist. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Beschwerden/Klagen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Kurze Angabe des Befundes (ggf. mit Ergebnis bildgebender Diagnostik) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Diagnose | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Art der Erstversorgung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Ist weitere **allgemeine Heilbehandlung** erforderlich? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nein  Ja,  durch mich  durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ort, Datum | | | | | | | Unterschrift | | | | | | | | Anschrift/Stempel | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | |  | | | | | | | | […] | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | […] | | | | | | | | | |  | |
| **Datenschutz:**  Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | |  |  |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Abrechnung**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Berichtsgebühr nach Nr. | | 125 | UV-GOÄ |  | […]EUR |  |  | | |
|  | |  |  |  |  |  | **Besondere Kosten** | | |
| Ärztliche Leistung nach Nr. | | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | | […] EUR |  |
| nach Nr. | | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | | […] EUR |  |
| nach Nr. | | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | | […] EUR |  |
| nach Nr. | | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | | […] EUR |  |
| nach Nr. | | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | | […] EUR |  |
| nach Nr. | | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | | […] EUR |  |
| nach Nr. | | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | | […] EUR |  |
| nach Nr. | | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | | […] EUR |  |
| nach Nr. | | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | | […] EUR |  |
| nach Nr. | | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | | […] EUR |  |
| Summe Besondere Kosten | | | |  | […] EUR |  | |  |  |
| Porto |  | | |  | […] EUR |  | | | |
|  |  | | |  |  |  | | | |
|  | zusammen | | |  | […] EUR |  | | | |
|  |  | | |  |  |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Rechnungsnummer  […] | **Institutionskennzeichen (IK)**  […]  **Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – |