|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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