

Durchgangsarztbericht

- UV-Träger -

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger		Eingetroffen am		Uhrzeit	
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)	
Beschäftigt als		Seit		Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen	
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)					
Vollständige Anschrift des Versicherten			Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
1 Unfalltag	Uhrzeit	Beginn der Arbeitszeit	Uhr	Ende der Arbeitszeit	Uhr
2 Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist					
3 Verhalten des Versicherten nach dem Unfall					
4.1 Art der ersten (nicht durchgangsarztl.) Versorgung			4.2 Erstmals behandelt am		
			durch		
5 Befund	Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche Anzeichen?	Blutentnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6 Röntgenergebnis					
7 Erstdiagnose (Änderungen/Konkretisierungen <u>unverzüglich</u> nachmelden)				ICD 10	
				ICPM	
				AO-Klassifikation	
8 Art der Erstversorgung (durch den D-Arzt)					
9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können					
10 Sprechen Hergang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls? *					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil					
* Wenn ja, ist keine Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung durchzuführen und dem Versicherten eine Kopie des Durchgangsarztberichts auszuhändigen.					
11 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird?					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil					
12 Art der Heilbehandlung					
<input type="checkbox"/> allgemeine Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil	
<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt		<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär			
<input type="checkbox"/> durch mich		Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?			
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nach Ziffer _____			
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit			14 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?		
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig.			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zugezogen wird:		
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig ab:			<input type="checkbox"/> voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab:		
			<input type="checkbox"/> voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig		
15 Nachschau ist erforderlich, sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte , am _____ ; bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben.					
16 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses					
Datum		Unterschrift des Durchgangsarztes		Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes	

