

Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

Anlage zum D-Bericht Nr.:

oder Anlage zum Verlaufsbericht vom:

Ergänzungsbericht - Schulter -

Rechts ☐

Links ☐

Nur bei Verdacht auf strukturellen Schulterschaden, ggf. auch im Behandlungsverlauf.

1 **Unfallhergang, sofern nicht im D-Bericht beschrieben:**

Möglichst wörtliche Wiedergabe der Schilderung. Unklare Angaben (z. B. Sturz auf den ausgestreckten Arm) bitte erläutern.

1.1	Kam es zu einer direkten Gewalteinwirkung, ggf. wie?	☐ Nein	☐ Ja:
1.2	Kam es zu einer indirekten Gewalteinwirkung, ggf. wie?	☐ Nein	☐ Ja:
1.3	Stellung des Armes während des Unfallgeschehens		
1.4	Zusätzliche Krafteinwirkung (z. B. Tragen einer Last)		
2	Verhalten nach dem Ereignis:		
2.1	Als Unfall dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin gemeldet	☐ Ja, am	☐ Nein
2.2	Zeitpunkt der Arbeitseinstellung	☐ Später, am	☐ Sofort
3	Beschwerden:	☐ Sofort	☐ Später, am
		Welche:	
4	Frühere Behandlungsbedürftigkeit, weitere Erkrankungen oder Verletzungen:	☐ Nein	☐ Ja, welche?
4.1	An der geschädigten Schulter		
4.2	An dem betroffenen Arm		
4.3	Auf der Gegenseite		
4.4	Allgemeinerkrankungen, die auf die Beschwerden Einfluss gehabt haben können		
5	Sportliche Betätigung: (Auch gelegentliche Freizeit-Sporttätigkeit erfragen) Ggf. welche und wie lange?	☐ Nein	☐ Ja, welche?
6	Berufliche Betätigung:		
6.1	Schulterbelastende Tätigkeit (z. B. Über-Kopf-Arbeiten), ggf. wodurch und wie lange?	☐ Nein	☐ Ja, wodurch und wie lange?
7	Befund:		
7.1	Äußere Verletzungszeichen (Hautdruckmarken, Hautabschürfungen, Wunden)	☐ Nein	☐ Ja, wo?
7.2	Blutergussverfärbung	☐ Nein	☐ Ja, ☐ frisch ☐ älter ☐ abklingend
7.3	Weichteilschwellung	☐ Nein	☐ Ja, wo?

7.4	Grobe Prüfung der Hautwärme	☐ Normal ☐ Erhöht																		
7.5	Druckempfindlichkeit	☐ Nein ☐ Ja, wo?																		
7.6	Funktionstestung rechts (Art und Ergebnis) Funktionstestung links (Art und Ergebnis)																			
7.7	Stabilitätstestung rechts (Art und Ergebnis) Stabilitätstestung links (Art und Ergebnis)																			
7.8	Klinische Zeichen für Rotatorenmanschetterschädigung (z. B. Drop-Arm-Sign)	☐ Nein ☐ Ja, welche?																		
7.9	Gelenkgeräusche: Knirschen/Knacken/Reiben	Rechts: ☐ Nein ☐ Ja: Links: ☐ Nein ☐ Ja: ☐ Bds. gleich stark																		
7.10	Bewegungsmaße – aktiv Retroversion – Anteversion Abduktion – Adduktion Außen – Innenrotation bei anliegendem Arm	 seitw./körperw...rückw./vorw. Drehg. ausw./einw. <table border="1" style="width: 150px; height: 40px;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 150px; height: 40px;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																		
7.11	Bewegungsmaße – passiv Retroversion – Anteversion Abduktion – Adduktion Außen – Innenrotation bei anliegendem Arm	<table border="1" style="width: 150px; height: 40px;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 150px; height: 40px;"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																		
7.12	Symmetrie der Schulter (z. B. Muskelausprägung, Geradstand)																			
7.13	Anzeichen für Nervenschaden	☐ ein ☐ Ja, welche?																		
7.14	Laborchemische Entzündungsparameter (z. B. CRP)	☐ Nein ☐ Ja, Ergebnis: (ggf. nachliefern)																		
8	Bildgebende Diagnostik, soweit nicht im D-Arztbericht beschrieben (Nicht nur knöcherne Verletzungszeichen, sondern auch krankhafte Veränderungen oder Anomalien beschreiben):																			
9	Diagnose:																			
10	Behandlung bzw. Behandlungsvorschläge:																			
11	Sind zur Klärung der Diagnose oder des ursächlichen Zusammenhanges noch weitere Maßnahmen erforderlich (z. B. Kernspintomografie, weitere Laborleistungen)?	☐ Nein ☐ Ja, welche?																		
12	Welche Unterlagen sind noch zu beschaffen?																			

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes

Sie erhalten eine Gebühr nach Nr. 138 UV-GOÄ