

Lfd. Nr.

...

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