

# Durchgangsarztbericht

UV-Träger

Lfd. Nr.

|                                                                                                                                                                                                                  |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------|-------|--|
| Unfallversicherungsträger                                                                                                                                                                                        |         |                                                              | Eingetroffen am                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    | Uhrzeit                                                                                                  |                     |                                                                        |       |  |
| Name der versicherten Person                                                                                                                                                                                     |         | Vorname                                                      | Geburtsdatum                                                                                                                                                                                                            |                                    | Krankenkasse                                                                                                       | Familierversichert<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine<br>Kopie an Kasse |                     | Name des Mitglieds                                                     |       |  |
| 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                                                                                                                                                                                                      | Uhrzeit |                                                              | Unfallort                                                                                                                                                                                                               |                                    |                                                                                                                    | Beginn der Arbeitszeit                                                                                   |                     | Ende der Arbeitszeit                                                   |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                  |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    | Uhr                                                                                                      |                     | Uhr                                                                    |       |  |
| 2 Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist                                                                                                        |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| 3 Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall                                                                                                                                                              |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| 4.1 Art der ersten (nicht durchgangsärztlichen) Versorgung                                                                                                                                                       |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         | 4.2 Erstmals ärztlich 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 |       |  |
| 5.1 Beschwerden/Klagen                                                                                                                                                                                           |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <b>Bei Handverletzung</b>                                                                                                                                                                                        |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| Gebrauchshand                                                                                                                                                                                                    |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links                                                                                                                                                   |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| 5.2 Klinische Untersuchungsbefunde                                                                                                                                                                               |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <b>Ergänzungsbericht beigefügt wegen</b>                                                                                                                                                                         |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzung                                                                                                                                                                          |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <input type="checkbox"/> Knieverletzung                                                                                                                                                                          |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <input type="checkbox"/> Schulterverletzung                                                                                                                                                                      |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <input type="checkbox"/> Verbrennung                                                                                                                                                                             |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| 6 Ergebnis bildgebender Diagnostik                                                                                                                                                                               |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| Bei Polytrauma/weiteren schweren Verletzungen                                                                                                                                                                    |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <b>ISS</b>                                                                                                                                                                                                       |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| 7 Erstdiagnose - <b>Freitext</b> -<br>(Änderungen/Konkretisierungen <b>unverzüglich</b> nachmelden, bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.)                                                           |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <b>AO-Klassifikation</b>                                                                                                                                                                                         |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                             |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <b>ICD 10</b>                                                                                                                                                                                                    |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                             |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| 8 Art der durchgangsärztlichen Versorgung                                                                                                                                                                        |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| 9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können                                                                                |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| 10 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des Durchgangsarztberichts auszuhändigen.<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil      |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <b>11 Art der Heilbehandlung</b>                                                                                                                                                                                 |         |                                                              | Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?<br><input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> VAV nach Ziffer<br><input type="checkbox"/> SAV nach Ziffer |                                    |                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil                |                     |                                                                        |       |  |
| <input type="checkbox"/> Ambulant<br><input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung<br><input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung<br><input type="checkbox"/> Stationär (besondere Heilbehandlung)    |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <b>12 Weiterbehandlung erfolgt</b>                                                                                                                                                                               |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <input type="checkbox"/> durch mich                                                                                                                                                                              |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben                                                                                         |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <b>13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit</b>                                                                                                                                                                       |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    | <b>14 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?</b> |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsfähig                                                                                                                                                                            |         |                                                              | <input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab                                                                                                                                                         |                                    | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird                                          |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab                                                                                                                                                                       |         |                                                              | <input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig                                                                                                                                             |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| 15 Wiedervorstellung ist erforderlich, <b>sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte</b> , am ; bei Verschlimmerung sofort.<br>Der Termin wurde der versicherten Person bekannt gegeben. |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| 16 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)                                                                                                 |         |                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |
| Datum                                                                                                                                                                                                            |         | Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes |                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                                                                                                    |                                                                                                          |                     |                                                                        |       |  |

|                |               |            |          |
|----------------|---------------|------------|----------|
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Unfalltag: | Lfd. Nr. |
|----------------|---------------|------------|----------|

Weitere Ausführungen

**Ergänzungsberichte nicht vergessen!**

F 1002 Kopfverletzung  
F 1004 Knieverletzung

F 1006 Schulterverletzung  
F 1008 Schwere Verbrennung

**Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

**Mitteilung an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt**

Sie erhalten meinen Bericht. Bitte stellen Sie die Patientin/den Patienten spätestens zum vorgesehenen Nachschautermin (siehe Nr. 15) wieder bei mir vor, wenn sie/er bis dahin nicht wieder arbeitsfähig oder noch behandlungsbedürftig ist.

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger  
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt  
Eigenbedarf

# Durchgangsarztbericht

- Für die Krankenkasse -

Lfd. Nr.

|                                                                                                                                                                                                                  |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|-----------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|--|
| Unfallversicherungsträger                                                                                                                                                                                        |         |         | Eingetroffen am                                                             |  |              | Uhrzeit                                                                                                            |                     |                      |  |
| Name der versicherten Person                                                                                                                                                                                     |         | Vorname | Geburtsdatum                                                                |  | Krankenkasse | Familierversichert<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine<br>Kopie an Kasse           |                     | Name des Mitglieds   |  |
| 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                                                                                                                                                                                                      | Uhrzeit |         | Unfallort                                                                   |  |              | Beginn der Arbeitszeit                                                                                             |                     | Ende der Arbeitszeit |  |
|                                                                                                                                                                                                                  |         |         |                                                                             |  |              | Uhr                                                                                                                |                     | Uhr                  |  |
| 2 Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist                                                                                                        |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                  |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <b>Bei Handverletzung</b>                                                                                                                                                                                        |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| Gebrauchshand                                                                                                                                                                                                    |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links                                                                                                                                                   |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <b>Ergänzungsbericht beigefügt wegen</b>                                                                                                                                                                         |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <input type="checkbox"/> Kopfverletzung                                                                                                                                                                          |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <input type="checkbox"/> Knieverletzung                                                                                                                                                                          |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <input type="checkbox"/> Schulterverletzung                                                                                                                                                                      |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <input type="checkbox"/> Verbrennung                                                                                                                                                                             |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| Bei Polytrauma/weiteren schweren Verletzungen                                                                                                                                                                    |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <b>ISS</b>                                                                                                                                                                                                       |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| 7 Erstdiagnose - <b>Freitext</b> -<br>(Änderungen/Konkretisierungen <b>unverzüglich</b> nachmelden, bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.)                                                           |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <b>AO-Klassifikation</b>                                                                                                                                                                                         |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                             |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <b>ICD 10</b>                                                                                                                                                                                                    |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                             |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| 10 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des Durchgangsarztberichts auszuhändigen.                                                                         |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil                                                                                                                                                  |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <b>11 Art der Heilbehandlung</b>                                                                                                                                                                                 |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <input type="checkbox"/> Ambulant                                                                                                                                                                                |         |         | Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?             |  |              | <input type="checkbox"/> Es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil                          |                     |                      |  |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung                                                                                                                                                               |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung                                                                                                                                                                |         |         | <input type="checkbox"/> Nein                                               |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <input type="checkbox"/> Stationär (besondere Heilbehandlung)                                                                                                                                                    |         |         | <input type="checkbox"/> Ja                                                 |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                  |         |         | <input type="checkbox"/> VAV nach Ziffer                                    |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                  |         |         | <input type="checkbox"/> SAV nach Ziffer                                    |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <b>12 Weiterbehandlung erfolgt</b>                                                                                                                                                                               |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <input type="checkbox"/> durch mich                                                                                                                                                                              |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben                                                                                         |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| <b>13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit</b>                                                                                                                                                                       |         |         |                                                                             |  |              | <b>14 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?</b> |                     |                      |  |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsfähig                                                                                                                                                                            |         |         | <input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab             |  |              | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird                                          |                     |                      |  |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab                                                                                                                                                                       |         |         | <input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| 15 Wiedervorstellung ist erforderlich, <b>sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte</b> , am ; bei Verschlimmerung sofort.<br>Der Termin wurde der versicherten Person bekannt gegeben. |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                  |         |         |                                                                             |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |
| Datum                                                                                                                                                                                                            |         |         | Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes                |  |              |                                                                                                                    |                     |                      |  |

|                |               |            |          |
|----------------|---------------|------------|----------|
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Unfalltag: | Lfd. Nr. |
|----------------|---------------|------------|----------|

Weitere Ausführungen

|                                            |                            |
|--------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Ergänzungsberichte nicht vergessen!</b> |                            |
| F 1002 Kopfverletzung                      | F 1006 Schulterverletzung  |
| F 1004 Knieverletzung                      | F 1008 Schwere Verbrennung |

**Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Mitteilung an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt</b><br>Sie erhalten meinen Bericht. Bitte stellen Sie die Patientin/den Patienten spätestens zum vorgesehenen Nachschautermin (siehe Nr. 15) wieder bei mir vor, wenn sie/er bis dahin nicht wieder arbeitsfähig oder noch behandlungsbedürftig ist. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|