

Hals-, Nasen-, Ohren-Arztbericht

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit							
Name der versicherten Person		Vorname		Geburtsdatum		Krankenkasse		Familienversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine 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 Uhr			Ende der Arbeitszeit 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 HNO-ärztlichen) Versorgung						4.2 Erstmalig ärztlich behandelt am						durch	
5 Befund (soweit im Zusammenhang mit dem Unfall von Bedeutung):						5.1 Beschwerden/Klagen							
5.2 Ohren: Rechts: Links:													
5.3 Nase:													
5.4 Mund und Rachen:													
5.5 Kehlkopf und Luftröhre:													
5.6 Hals und Gesicht:													
5.7 Gehörfunktion:													
Umgangssprache rechts				m; links		m, Flüstersprache rechts				m; links		m	
Weberversuch:						Rinneversuch rechts: links:							
Tonaudiogramm:						Ohrgeräusche		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, ggf. welche?		<input type="checkbox"/> Rechts:	
										<input type="checkbox"/> Vorbestehend?		<input type="checkbox"/> Links:	
						(bitte unter Pkt. 9 angeben)							
5.8 Gleichgewichtsfunktion:													
Spontannystagmus:													
Provokationsnystagmus (Kopfschütteln, Lage, Lagerung usw.):													
Experimentelle Prüfung: (Spülung warm - kalt, Drehung usw.):													
Abweichreaktionen (Romberg, Unterberger usw.):													
5.9 Riech- und Geschmacksprüfung:													
5.10 Sonstige Befunde:													
6 Ergebnis bildgebender Diagnostik													
7 Erstdiagnose - Freitext - (Änderungen/Konkretisierungen unverzüglich nachmelden)										ICD 10			
8 Art der HNO-ärztlichen 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 HNO-Arztberichts auszuhändigen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil													
11 Art der Heilbehandlung													
<input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung						<input type="checkbox"/> Ambulant							
<input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-Ärztin/D-Arzt (Bitte genaue Anschrift angeben.)						<input type="checkbox"/> Stationär							
12 Weiterbehandlung erfolgt													
<input type="checkbox"/> durch mich													
<input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben													
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit						14 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?							
<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 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)													
Datum		Name und Anschrift (Stempel) der HNO-Ärztin/des HNO-Arzt					Unterschrift der HNO-Ärztin/des HNO-Arzt						

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

Weitere Ausführungen

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

Rechnung Nur abrechnen, wenn keine Weiterbehandlung durch Sie vorgesehen ist. Ansonsten Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

Berichtsgebühr	nach Nr. 127	UV-GOÄ	EUR	Besondere Kosten
Ärztliche Leistung	nach Nr. _____	UV-GOÄ	EUR	
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	EUR	
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	EUR	
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	EUR	
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	EUR	
Summe Besondere Kosten			EUR	←
Porto			EUR	
		zusammen	EUR	

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK) Falls kein IK - Bankverbindung (IBAN) -
-----------------	---

Verteiler
Unfallversicherungsträger
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt
Eigenbedarf
Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei familienversicherten Personen

Hals-, Nasen-, Ohren-Arztbericht

– Für den behandelnden Arzt/
die behandelnde Ärztin –

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit													
Name der versicherten Person		Vorname		Geburtsdatum		Krankenkasse		Familienversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine 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 Uhr		Ende der Arbeitszeit 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 HNO-ärztlichen) Versorgung						4.2 Erstmalig ärztlich behandelt am						durch							
5 Befund (soweit im Zusammenhang mit dem Unfall von Bedeutung):																			
5.2 Ohren: Rechts: Links:																			
5.3 Nase:																			
5.4 Mund und Rachen:																			
5.5 Kehlkopf und Luftröhre:																			
5.6 Hals und Gesicht:																			
5.7 Gehörfunktion:																			
Umgangssprache rechts				m; links				m, Flüstersprache rechts				m; links				m			
Weberversuch:				Rinneversuch rechts:				links:											
Tonaudiogramm:				Ohrgeräusche <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ggf. welche?				<input type="checkbox"/> Rechts:				<input type="checkbox"/> Links:							
5.8 Gleichgewichtsfunktion:																			
Spontannystagmus:																			
Provokationsnystagmus (Kopfschütteln, Lage, Lagerung usw.):																			
Experimentelle Prüfung: (Spülung warm - kalt, Drehung usw.):																			
Abweichreaktionen (Romberg, Unterberger usw.):																			
5.9 Riech- und Geschmacksprüfung:																			
5.10 Sonstige Befunde:																			
6 Ergebnis bildgebender Diagnostik																			
7 Erstdiagnose - Freitext - (Änderungen/Konkretisierungen unverzüglich nachmelden)										ICD 10									
8 Art der HNO-ärztlichen 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 HNO-Arztberichts auszuhändigen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil																			
11 Art der Heilbehandlung																			
<input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung						<input type="checkbox"/> Ambulant													
<input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-Ärztin/D-Arzt (Bitte genaue Anschrift angeben.)						<input type="checkbox"/> Stationär													
12 Weiterbehandlung erfolgt																			
<input type="checkbox"/> durch mich																			
<input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben																			
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit																			
<input type="checkbox"/> Arbeitsfähig						<input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab													
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab						<input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig													
14 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?																			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird																			
15 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)																			
Datum				Name und Anschrift (Stempel) der HNO-Ärztin/des HNO-Arzt				Unterschrift der HNO-Ärztin/des HNO-Arzt											

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

Weitere Ausführungen

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

Hals-, Nasen-, Ohren-Arztbericht

- Für die Krankenkasse -

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit					
Name der versicherten Person		Vorname		Geburtsdatum		Krankenkasse		Familienversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine 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											
7 Erstdiagnose - Freitext - (Änderungen/Konkretisierungen unverzüglich nachmelden)										ICD 10	
10 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des HNO-Arztberichts auszuhändigen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil											
11 Art der Heilbehandlung											
<input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-Ärztin/D-Arzt (Bitte genaue Anschrift angeben.)						<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär					
12 Weiterbehandlung erfolgt											
<input type="checkbox"/> durch mich <input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben											
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit						14 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?					
<input type="checkbox"/> Arbeitsfähig <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab						<input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab <input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig					
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird											
Datum				Name und Anschrift (Stempel) der HNO-Ärztin/des HNO-Arzt				Unterschrift der HNO-Ärztin/des HNO-Arzt			

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

Weitere Ausführungen

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