

# Ärztliche Unfallmeldung

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit			
Name der versicherten Person		Vorname		Geburtsdatum		Krankenkasse	Familienversichert		Name des Mitglieds
							<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine Kopie an Kasse		
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)									
Unfalltag		Uhrzeit		Unfallort			Beginn der Arbeitszeit		Ende der Arbeitszeit
							Uhr		Uhr
Vorstellungspflicht bei einer Durchgangspraxis/einem Durchgangsarzt									
<input type="checkbox"/> Die versicherte Person wird am _____ bei der D-Ärztin/dem D-Arzt (bitte genaue Anschrift angeben) _____ vorgestellt, weil									
<input type="checkbox"/> die Unfallverletzung über den Unfalltag hinaus zur Arbeitsunfähigkeit führt, <input type="checkbox"/> die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt, <input type="checkbox"/> die Verordnung von Heilmitteln (z. B. Physiotherapie) oder Hilfsmitteln (z. B. Gehstützen) erforderlich ist, <input type="checkbox"/> eine Wiedererkrankung an Unfallfolgen vorliegt.									
<input type="checkbox"/> Eine Vorstellungspflicht bei einer D-Ärztin/einem D-Arzt besteht nicht, weil keine der oben aufgeführten Voraussetzungen erfüllt ist.									
1. Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist									
2. Beschwerden/Klagen									
3. Kurze Angabe des Befundes (ggf. mit Ergebnis bildgebender Diagnostik)									
4. Diagnose									
5. Art der Erstversorgung									
6. Ist weitere <b>allgemeine Heilbehandlung</b> erforderlich?									
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> durch mich <input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben									
Ort, Datum			Unterschrift			Anschrift/Stempel			
┌			└						
└			┌			<b>Datenschutz:</b> Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.			

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

### Abrechnung

Berichtsgebühr	nach Nr. 125	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	
Ärztliche Leistung	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<b>Besondere Kosten</b> <u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
Summe Besondere Kosten			<u>EUR</u>	←
Porto			<u>EUR</u>	
		zusammen	<u><u>EUR</u></u>	

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