

┌

┐

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihr Ansprechpartner:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

└

┘

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

Auskunft Behandlung

1 **Erste** ärztliche
Inanspruchnahme:

Uhrzeit:

2 Datum:

Unfallhergang:

2.1 **Verletzung** (Erstbefund):

2.2 **Befunde:**
(Röntgen, CT, MRT - falls durchgeführt -)

...

3 **Diagnose:**

4 **Behandlung und Heilverlauf:**
(insbesondere auch Komplikationen)

5 **Aktueller Verletzungszustand:**

6 **Dauer der Behandlung**

6.1 Abgeschlossen am:

6.2 Voraussichtlich weiter bis:

7 **Dauer der Arbeitsunfähigkeit**

7.1 vom: bis:

7.2 Voraussichtlich weiter bis:

Datenschutz:

Sofern die Behandlung noch andauert, habe ich die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 110) und Auslagen nach der UV-GOÄ