

┌

┐

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

└

┘

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

Ereignis/Unfalltag:

Auskunft Klärung Arbeitsunfall

1 **Ärztliche Behandlung durch Sie wegen der im Anschreiben genannten Beschwerden**

Datum:

Uhrzeit:

2 **Beschwerden/Klagen**

2.1 **Erstbefund** (auch erhobene Normalbefunde und Verletzungszeichen)

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

3 **Diagnose**

...

- 4 **Behandlung/Heilverlauf** (auch Komplikationen)
- 5 **Erstangaben** der versicherten Person bei Ihnen über die Entstehung des Gesundheitsschadens
- 6 Wenn von der versicherten Person ein Unfall angegeben wurde
- 6.1 Wann geschah das (bei der ersten Untersuchung oder wann später)?
- 6.2 Welche Angaben wurden gemacht über
den **Zeitpunkt des Unfalls** (Tag und Stunde),

den **Unfallort** (z. B. Arbeitsstelle, Arbeitsweg),

den **Hergang des Unfalls** (ausführliche Schilderung)?
- 7 Ist dieser oder ein ähnlicher Gesundheitsschaden bereits früher behandelt worden?
 Nein Ja, Name(n) und Anschrift(en)
- 8 **Dauer der Behandlung bei Ihnen**
- 8.1 Abgeschlossen am:
- 8.2 Voraussichtlich weiter bis:
- 9 **Dauer der Arbeitsunfähigkeit**
tVom: bis:
- 10 Sonstige Hinweise

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. 117) und Auslagen nach der UV-GOÄ