

Verlaufsbericht

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								
Anlass der Berichterstattung								
<input type="checkbox"/> Wiedervorstellung durch andere Ärztin/anderen Arzt <input type="checkbox"/> Wiedervorstellung auf eigene Veranlassung <input type="checkbox"/> Anforderung durch UV-Träger								
<input type="checkbox"/> Übernahme in besondere Heilbehandlung ab _____ durch _____								
<input type="checkbox"/> Besonderheiten im Heilverlauf (§ 16 ÄV, auch während stationärer Behandlung):								
<input type="checkbox"/> Es sind Komplikationen eingetreten								
<input type="checkbox"/> Hinweise zur beruflichen Wiedereingliederung (§ 17 ÄV)								
<input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung								
Aktueller Befund und bisheriger Verlauf/ggf. Behandlungsvorschlag								
<input type="checkbox"/> Die versicherte Person verbleibt in allgemeiner Heilbehandlung bei _____ und ist _____								
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig voraussichtlich bis _____								
Erneute Wiedervorstellung ist aus medizinischen Gründen erforderlich am _____, sofern dann noch Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte; bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde der versicherten Person bekannt gegeben.								
Nur bei Einleitung oder Fortführung besonderer Heilbehandlung ab hier weiter mit Punkt 1:								
<input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung								
1 Befund								
1.1 Aktuelle Beschwerden/Klagen								
1.2 Behandlungsverlauf (auch während stationärer Behandlung, ggf. OP-Bericht per Post nachsenden)								
1.3 Aktuelle klinische Untersuchungsbefunde								
1.4 Ergebnis zusätzlicher bildgebender Diagnostik								
1.5 Aktuelle Diagnose/Konkretisierungen der bisherigen Diagnose - Freitext -								
AO-Klassifikation								
<input type="text"/>								
ICD 10								
<input type="text"/>								
2 Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?								
<input type="checkbox"/> Nein								
<input type="checkbox"/> Ja								
<input type="checkbox"/> VAV nach Ziffer								
<input type="checkbox"/> SAV nach Ziffer								
3 Sind weitere Maßnahmen zur Diagnostik und Heilbehandlung vorgesehen?								
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?								
4 Weiterbehandlung erfolgt								
<input type="checkbox"/> durch mich								
<input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben								

