

BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht

Unfallversicherungsträger		Bitte ausführlichen Abschlussbericht an den D-Arzt/die D-Ärztin und den Unfallversicherungsträger senden. Bitte fügen Sie eine Kopie des Therapieplans an den Unfallversicherungsträger bei.		
Name, Vorname der versicherten Person	Geburtsdatum			
Beschäftigt als	Seit			
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der pflegebedürftigen Person)				
Vollständige Anschrift der versicherten Person		Telefon-Nr. der vers. Person	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
Unfalltag	Az. des UV-Trägers			
<p>Erwartet werden behandlungsrelevante Angaben zu folgenden Bereichen (soweit nicht bereits in Aufnahme- und Kurzbericht beschrieben):</p> <p>- Fügen Sie bitte zur Quantifizierung der Befunde Skalen und Messblätter bei. -</p> <p>1. Diagnosen:</p>				
<p>2. Kurze Anamnese:</p>				
<p>3. Aufnahme- und Abschlussbefund einschl. Messblätter und funktioneller Status:</p>				
<p>4. Kritische Würdigung des Gesamtverlaufs:</p>				
<p>5. Sozialmedizinische Epikrise und Nachsorgekonzept (soweit kein BGSW-Kurzbericht erstattet wurde, bitte Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung – Anlage 1 zum BGSW-Kurzbericht – beifügen):</p>				

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Aufnahmedatum: _____ Entlassungsdatum: _____

Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin, Ansprechpartner/Ansprechpartnerin Telefon-Durchwahl:

Datum Unterschrift des Arztes/der Ärztin Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik

Gesamtgebühr für BGSW-Aufnahme-, BGSW-Kurz- und BGSW-Ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht nach UV-GOÄ Nr. 117

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