

# Mitteilung Arbeitsfähigkeit/ Abschluss besondere Heilbehandlung

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit					
Name der versicherten Person		Vorname		Geburtsdatum		Krankenkasse		Familierversichert <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											
1 Die versicherte Person ist <input type="checkbox"/> arbeitsfähig ab (Bei Schülerinnen und Schülern bitte auf die Möglichkeit des Schulbesuchs abstellen.)											
2 Ärztliche Behandlung ist											
2.1 <input type="checkbox"/> zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung ab nicht mehr erforderlich.											
2.2 weiterhin erforderlich											
<input type="checkbox"/> durch mich											
<input type="checkbox"/> durch											
Name und Anschrift der behandelnden D-Ärztin/des behandelnden D-Arztes											
<input type="checkbox"/> durch											
Name und Anschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes											
Wiedervorstellung am											
2.3 Die Behandlung erfolgt ab zu Lasten der (gesetzlichen) Krankenversicherung.											
3 Die Minderung der Erwerbsfähigkeit beträgt nach vorläufiger Schätzung über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus % (auch MdE-Sätze unter 20 % sind anzugeben).											
4 <input type="checkbox"/> Weitere Hinweise für den Unfallversicherungsträger:											

## Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes

## Verteiler

Unfallversicherungsträger  
Eigenbedarf