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

Datum:

Name, Vorname: geb.:

Bericht Carpaltunnel-Syndrom BK-Nr. 2113

1 Seit wann behandeln Sie die versicherte Person?

2.1 Wann wurden Sie erstmals wegen Handgelenksbeschwerden in Anspruch genommen?

2.2 Welche Beschwerden wurden dabei vorgetragen?

2.3 Welchen Befund erhoben Sie bei der ersten Untersuchung?

...

2.4 Welche Erkenntnisse haben Sie zur Entstehung der Beschwerden gewonnen?

3.1 Wann und wo wurden Röntgen-, CT- und MRT-Aufnahmen gefertigt?
(Aufnahmen bitte beifügen)

3.2 Wie lautet der Röntgenbefund (sofern erhoben)?

4 Wann und wo sind Konsiliaruntersuchungen erfolgt?

5 Wann und wo sind elektrophysiologische Untersuchungen erfolgt und mit welchem Ergebnis?

6 Kurze Schilderung des Behandlungsverlaufs (Häufigkeit und wesentliche Behandlungsmaßnahmen, insbesondere stationäre Behandlung):

7 Bestand wegen des Leidens Arbeitsunfähigkeit?
Wenn ja, von wann bis wann?

8 Welcher Befund wurde zuletzt erhoben?
(subjektive Beschwerden, Unterschiede bei Belastung und Entlastung, Bewegungseinschränkungen, Datum der letzten Untersuchung)

9 Hat sich eine Änderung seit dem Erstbefund ergeben? Welche?

10 Welche Erkrankungen oder Unfallfolgen liegen sonst noch vor, die für die Beurteilung des Krankheitsbildes von Bedeutung sein können? (insbesondere am Bewegungsapparat)

Name des Arztes/der Ärztin, der/die Auskunft geben kann:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 142 a) und Auslagen nach der UV-GOÄ.