



LVBG
Landesverband Rheinland-Westfalen
der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Rundschreiben D 4/2003

An die
Damen und Herren Durchgangsarzte

12.11.2003

Inhaltsübersicht

1. Durchgangsarztrundschreiben als E-Mail (411.1/049-LV 1)
2. Fortbildung der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Chirurgen Westfalen-Lippe (ANC) in Zusammenarbeit mit den Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil, 44789 Bochum (411.4)
3. Preise für Tetanus-Impfstoff und Tetanus-Immunglobulin (418.81 Tet.)
4. Einführungslehrgänge in die Durchgangsarztstätigkeit (410.4 DAVE)
5. Neue Arztvordrucke ab 01.01.2004 (418.11/080)

1. Durchgangsarztrundschreiben als E-Mail (411.1/049-LV 1)

Ab 01.01.2004 beabsichtigt der Landesverband Rheinland-Westfalen der gewerblichen Berufsgenossenschaften die an die Durchgangsarzte gerichteten Rundschreiben als E-Mail zu versenden. Dadurch werden Sie die Informationen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger wesentlich schneller erhalten als bisher. Bitte teilen Sie uns auf dem beiliegenden Rückmeldebogen Ihre aktuelle E-Mail-Anschrift mit, oder informieren Sie uns unter service@duesseldorf.lvbg.de.

2. Fortbildung der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Chirurgen Westfalen-Lippe (ANC) in Zusammenarbeit mit den Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil, 44789 Bochum (411.4)

Am 10. Dezember 2003, 17.30 Uhr, findet in den BG-Kliniken Bergmannsheil, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum, eine Fortbildungsveranstaltung für Durchgangsarzte statt. Das Programm ist als Anlage beigefügt. Die Akademie für ärztliche Fortbildung hat die Veranstaltung mit zwei Fortbildungspunkten zertifiziert. **Anmeldungen sind per Fax zu richten an:**

Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Chirurgen Westfalen-Lippe (ANC)
Brüderstraße 4-6, 58285 Gevelsberg
Fax: 0 23 32 / 1 27 87.

3. Preise für Tetanus-Impfstoff und Tetanus-Immunglobulin (418.81 Tet.)

Für den **Tetanus-Impfstoff** kann ab sofort ein Betrag von **2,68 Euro** berechnet werden. Der Preis für das **Tetanus-Immunglobulin** bleibt unverändert bei **10,24 Euro**. Die Beträge basieren auf dem Apothekenverkaufspreis für Zehnerpackungen incl. der gesetzlichen MwSt. (zurzeit 16%).

4. **Einführungslehrgänge in die Durchgangsarztstätigkeit (410.4 DAVE)**

Der Anlage können Sie die in nächster Zeit angebotenen Einführungslehrgänge in die Durchgangsarztstätigkeit entnehmen. Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.

5. **Neue Arztvordrucke ab 01.01.2004 (418.11/080)**

Zum 01.01.2004 treten überarbeitete Arztberichtstexte in Kraft.

Die Arztberichtstexte sind Bestandteil des Vertrages Ärzte/UV-Träger und wurden mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend vereinbart. Im Rahmen der Überarbeitung sind viele Hinweise und Anregungen aus der ärztlichen Praxis eingeflossen. Anregungen des Verbandes der für Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte wurden realisiert. Außerdem wurden die Texte mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz abgestimmt.

Die rund 200 Anbieter von Arztsoftware haben die neuen Texte ebenfalls erhalten, so dass eine Anpassung der Software rechtzeitig erfolgen kann. **Die Berichte werden - mit Ausnahme der Verordnungstexte - ab 01.01.2004 in den Internet-Formtextbestand übernommen, der über www.lvbq.de abrufbar ist.** Muster der neuen Arzttexte sind als Anlage beigefügt. Eine Auswahl der Texte wird außerdem in das Projekt DALE-UV (Datenaustausch mit Leistungserbringern in der gesetzlichen Unfallversicherung) integriert. Diejenigen Ärzte, die den Blankoausdruck noch nicht realisiert haben, können die Formulare auf dem bekannten Weg anfordern.

Die geänderten bzw. neuen Berichtstexte treten zum 01.01.2004 in Kraft. Das bedeutet jedoch nicht, dass die bisherigen Texte ab diesem Zeitpunkt nicht mehr verwendet werden dürfen. Im Gegenteil sollen evtl. noch vorhandene Vordruckbestände zunächst aufgebraucht werden. Eine starre Übergangsfrist gibt es nicht.

Die für D-Ärzte wichtigen Neuerungen werden im Folgenden erläutert.

Von den Änderungen sind folgende Berichtstexte betroffen:

- F 1000 Durchgangsarztbericht: geändert
- F 1004 Ergänzungsbericht Knie: geändert
- F 1008 Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen: geändert
- F 1010 Ergänzungsbericht Hand: entfällt
- F 2100 Krankheitsbericht (Zwischenbericht): entfällt
- F 2100 Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung: neu
- F 2106 Nachschaubericht bei allgemeiner Heilbehandlung: geändert
- F 2222 Mitteilung D-/H-Arzt Veränderungen besondere Heilbehandlung: Unfalltag eingefügt
- F 2410 Verordnung EAP: geändert
- F 2902 Überweisung des D-/H-Arztes: neu

F 1000 Durchgangsarztbericht

Das **Layout** des D-Berichtes wurde in der überarbeiteten Fassung in der Weise beibehalten, dass alle wesentlichen Angaben auf einer Formularseite zusammengefasst sind.

Dies soll eine möglichst einfache Handhabung beim Ausfüllen der Texte und die Überschaubarkeit für die Sachbearbeitung bei den UV-Trägern unterstützen.

Bei mehrseitigen Berichtstexten wurde am oberen Rand der **Folgeseite eine Bezugszeile** für den Eintrag des Namens und des Geburtsdatums des Versicherten sowie des Unfalltages und der laufenden Nummer des Berichts eingefügt. Dies ermöglicht insbesondere bei denjenigen Ärzten, die das Blanko-Ausdruckverfahren nutzen, eine leichtere Zuordnung, wenn Folgeseiten von der ersten Seite getrennt werden.

Einzelne Felder im Kopf der Erstberichte wurden aktuellen Bedürfnissen der Unfallsachbearbeitung angepasst. Die Angabe der **Telefonnummer des Unfallbetriebes** erleichtert und beschleunigt Rückfragen zur Klärung der Zuständigkeit. Zusätzlich aufgenommen wurde das **Ende der Arbeitszeit**, da dies gerade im Zusammenhang mit der Prüfung des Versicherungsschutzes bei Wegeunfällen Bedeutung erlangen kann.

Die Abfrage des Unfallortes wurde in das bisherige Feld "Unfallhergang und Beschäftigung, bei der der Unfall eingetreten ist" integriert. Das Feld 2 trägt nun die Überschrift **Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist**. Diese Zusammenfassung soll künftig konkretere Angaben im Hinblick auf die Prüfung des Versicherungsschutzes bewirken. Bitte machen Sie stets möglichst **ausführliche Angaben**.

Das Feld **Befund** wurde vergrößert, um gerade bei schwereren Verletzungen ausreichend Platz für Eintragungen zur Verfügung zu stellen. Die Frage nach dem Verdacht auf Alkoholeinfluss wurde um Angaben zu **Drogen- und Medikamenteneinfluss** erweitert.

Im bisherigen Feld "Diagnose" wird nun nach der **Erstdiagnose** gefragt. Ein Klammerzusatz macht darauf aufmerksam, dass Änderungen und Konkretisierungen unverzüglich nachzumelden sind. Bitte tragen Sie hier auch weiterhin unbedingt einen möglichst verständlich formulierten Text und nicht den z.B. aus dem ICD abgeleiteten Verschlüsselungstext ein.

Am rechten Textrand wurde eine tabellarische Abfrage zum **ICD 10, ICPM und der AO-Klassifikation** eingefügt. Hierbei handelt es sich zurzeit noch nicht um sog. Pflichtfelder. Die Angaben sollen jedoch zukünftig bessere statistische Auswertungsmöglichkeiten im Hinblick auf Qualität und Kosten des Heilverfahrens ermöglichen. Soweit Sie heute schon in der Lage sind entsprechende Einträge vorzunehmen, bitten wir dies auch zu tun. Das gilt insbesondere für die Angaben zur AO-Klassifikation bei Frakturen der langen Röhrenknochen.

Eine möglichst exakte Klassifikation erlaubt in der Regel eine Beurteilung der vom jeweiligen Schweregrad abhängigen Therapiemaßnahmen und bietet zudem die Möglichkeit einer gezielten Steuerung des Heilverfahrens. Außerdem lassen sich gezielte Maßnahmen zur Validierung der Ergebnisqualität einschließlich der Laufzeiten der Heilverfahren und der entstandenen Kosten durchführen.

Sprechen nach Beurteilung des Arztes **Hergang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls** (Feld 10), so ist dem Versicherten auch weiterhin eine Kopie des Berichtes auszuhändigen und keine Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung durchzuführen.

In der elektronischen Textversion wird beim Ankreuzen des Feldes „ja“ automatisch eine zusätzliche Kopie des Berichtes ausgedruckt.

Eine wesentliche Neuerung stellt die zusätzlich eingefügte Frage in Feld 11 dar. Hier wird danach gefragt, ob und aus welchem Grund **konkreter Anlass dazu besteht, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten** wird.

Dies eröffnet für die Verwaltungen die Möglichkeit, bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt auch von besonderen Umständen zu erfahren, die außerhalb des medizinischen Fachgebiets z. B. in der Person des Versicherten, seiner sozialen Integration oder beruflichen Situation begründet sein können, und eröffnet dem UV-Träger die Gelegenheit, frühzeitig steuernd und beratend im Hinblick auf das Rehabilitationsziel tätig zu werden.

Hierzu ist nicht immer ein persönlicher Besuch erforderlich, vielmehr dürfte in der Regel eine telefonische Kontaktaufnahme ausreichend sein. Auch, wenn der Versicherte selbst den Wunsch äußert mit dem UV-Träger in Kontakt zu treten, kann hier ein entsprechend begründeter Hinweis gegeben werden.

Die bisherigen Felder 11 bis 15, die Angaben über die Art der Behandlung und zur Frage der Arbeitsfähigkeit beinhalteten, wurden oft nicht oder unvollständig ausgefüllt. Sie werden ersetzt durch die neuen Felder 12 **Art der Heilbehandlung** und 13 **Beurteilung der Arbeitsfähigkeit**. Durch die eindeutige Textgestaltung werden Sie durch das Formular geführt.

Der *Durchgangsarzt* ist aufgefordert anzugeben, ob die allgemeine Heilbehandlung - was der Regelfall sein wird - durch einen anderen Arzt (z.B. Hausarzt) erfolgt oder durch ihn selbst. Im Falle der besonderen Heilbehandlung gibt der Durchgangsarzt mittels eindeutiger Ankreuzvarianten an, ob die Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird. Er ist außerdem aufgefordert anzugeben, ob eine Verletzung nach dem **Verletzungsartenverzeichnis** vorliegt und wenn ja, nach **welcher Ziffer**. Wenn eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vorliegt, muss der Verletzte in der Regel einem zugelassenen Krankenhaus zugeleitet werden. Dem Sachbearbeiter des UV-Trägers erleichtert dieser Hinweis ggf. Maßnahmen zur Verlegung in die Wege zu leiten. Die Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses ist unter Feld 16 anzugeben.

In Feld 13 **Beurteilung der Arbeitsfähigkeit** ist eine eindeutige Aussage darüber zu treffen, ob der Versicherte arbeitsfähig oder ab welchem Datum er arbeitsunfähig ist. Vor dem Hintergrund des Rehabilitationsziels muss außerdem bewusst bereits zu diesem frühen Zeitpunkt eine **Prognose** abgegeben werden, ab wann voraussichtlich wieder Arbeitsfähigkeit eintreten wird. Dieser Hinweis dient zum einen dem Sachbearbeiter des UV-Trägers im Rahmen der ihm obliegenden Pflichten bei der Steuerung des Heilverfahrens. Auch dem in der allgemeinen Heilbehandlung weiter behandelnden Hausarzt bietet der Hinweis des Durchgangsarztes einen Anhaltspunkt für die eigene Beurteilung und die Führung des Verletzten im Heilverfahren. Deshalb ist hier ein konkretes Datum einzutragen. Der Hinweis hat für den Hausarzt empfehlenden Charakter und stellt damit keinen Eingriff in dessen Therapiefreiheit dar.

Für die im Verhältnis geringe Anzahl der Fälle, in denen tatsächlich eine langfristige Arbeitsunfähigkeit abzusehen ist, oder mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nicht mehr gerechnet werden kann, wurde der Durchgangsarztbericht um eine weitere Ankreuzvariante „voraussichtlich länger als 6 Monate Arbeitsunfähigkeit“ ergänzt.

In Feld 14 werden Angaben über **Konsiliarärzte**, die zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung hinzugezogen werden, abgefragt.

Im Falle der allgemeinen Heilbehandlung und Durchführung der weiteren Behandlung durch z. B. den Hausarzt trägt der Durchgangsarzt in Feld 15 den **Nachschaftermin** ein. Während der Durchgangsarzt bisher nur zur Durchführung einer Nachschau bei bestehender Arbeitsunfähigkeit aufgefordert war, wird nun **auch auf die bestehende Behandlungsbedürftigkeit** abgestellt. Der Termin ist selbstverständlich dem Versicherten bekannt zu geben.

Seite 2 enthält neben der oben beschriebenen Bezugszeile die Möglichkeit, weitere ergänzende Ausführungen anzubringen. Außerdem findet sich dort ein Hinweis auf die ggf. dem Erstbericht beizufügenden Ergänzungsberichte sowie die Mitteilung des Durchgangsarztes an den behandelnden Arzt.

Der Rechnungsbereich auf Seite 2 des Durchgangsarztberichtes wurde um einige zusätzliche Zeilen erweitert. Außerdem wurde die Schrift auf 12 dpi vergrößert, um die Möglichkeit der maschinellen Auslesbarkeit bei den UV-Trägern zu unterstützen. Bei der elektronischen Fassung erfolgt die Addition der eingetragenen Euro-Beträge automatisch. Nach Verlassen des Feldes "Porto" wird die Gesamtsumme ausgewiesen.

F 1004 Ergänzungsbericht Knie

Unter 7.16 wurde die Abfrage nach der BSG durch den CRP-Wert ersetzt. Dem Wandel in der Diagnostik folgend wird unter den in Ziffer 1 beispielhaft aufgeführten diagnostischen Maßnahmen an erster Stelle die Kernspintomographie aufgeführt.

Die Arthroskopie wird an zweiter Stelle genannt. Daraus ist jedoch keinesfalls der Schluss zu ziehen, dass in jedem Fall und zu Beginn aller Maßnahmen ein Kernspintomogramm angefertigt werden sollte. Es wird lediglich die Möglichkeit einer solchen Untersuchung für den Fall angeregt, dass weitere Maßnahmen zur Befunderhebung bzw. Diagnosestellung erforderlich sind.

F 1008 Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen

Der Berichtstext wurde um den sog. **ABSI-Score** erweitert, der es ermöglicht, eine Überlebensprognose zu ermitteln. Die Einbeziehung von Geschlecht, Alter und Verletzungsmuster führt über eine bestimmte Punktzahl zur prozentualen Sterbewahrscheinlichkeit.

Der Score vermittelt damit nicht nur für die weitere Behandlung, sondern auch für die Sachbearbeitung wichtige Informationen, die dadurch besser als bisher in die Lage versetzt wird, bei Bedarf zu einem frühen Zeitpunkt steuernd in das Heilverfahren einzugreifen und z. B. Verlegungen in die Wege zu leiten, wenn ein Versicherter mit einer entsprechend schweren Verletzung nicht unmittelbar in eine Spezialklinik eingeliefert wird.

Auf die Abfrage der Körperoberfläche bei erstgradigen Verbrennungen wird künftig verzichtet. Dafür wurde eine Spalte für **viertgradige Verbrennungen** (= Verkohlung) aufgenommen. Die inzwischen etablierte Differenzierung der zweitgradigen Verbrennung in die oberflächliche **2°-A-Läsion** und die tiefgradige **2°-B-Läsion** mit ihren spezifischen Auswirkungen z. B. auf Behandlung, Liegedauer, Verlauf und Folgen der Verletzung wurde in der entsprechenden Tabellenspalte und dem "Beiblatt schwere Verbrennungen" umgesetzt.

Bei den Körperskizzen auf dem Beiblatt wurden die Areale des Kopfes und der Hände überproportional vergrößert, um detailliertere Einzeichnungen des Verbrennungsmusters zu ermöglichen.

F 1010 (alt) Ergänzungsbericht-Hand

Der Ergänzungsbericht in der bisherigen Fassung bietet keine über die Angaben im D- oder H-Arztbericht hinaus gehenden bedeutsamen Informationen. Er wurde deshalb ersatzlos aus dem Bestand gestrichen. Das Formblatt "Skizze Hand" (F 4232) bleibt jedoch bestehen und kann ggf. dem Erstbericht beigelegt oder durch den UV-Träger angefordert werden.

Neu: F 2100 Zwischenbericht (bei besonderer Heilbehandlung)

Der neue Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung löst den bisher verwendeten Formtext F 2100 ab, der lediglich auf Anforderung der UV-Träger zu erstatten war.

Der neue Bericht soll Maßnahmen der Sachbearbeitung im Rahmen der Steuerung des Heilverfahrens unterstützen und zielorientierte Informationen durch einheitliche Vorgaben gewährleisten.

Der Zwischenbericht F 2100 ist in der Regel ausschließlich für die **Verwendung durch Durchgangsarzte** vorgesehen. H-Ärzte erstatten den Bericht lediglich auf Anforderung des UV-Trägers und verwenden ansonsten weiterhin den Verlaufsbericht H-Arzt (F 2108).

Die Fragen orientieren sich an den in aller Regel schwereren Verletzungsfolgen und verlangen deshalb z. B. Angaben über **aufgetretene Komplikationen, weitere Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlung sowie zur Übungsbehandlung**.

Nachdem die Problematik der **psychischen Folgen nach Unfällen** im Rahmen der Rehabilitation zunehmend an Bedeutung gewinnt, wird auch die Frage danach gestellt, ob es Hinweise für die Entwicklung eines psychischen Gesundheitsschadens gibt.

Auch in diesem Zwischenbericht sind konkrete Angaben hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. Behandlungsbedürftigkeit zu machen. Der Durchgangsarzt ist außerdem aufgefordert eine Aussage darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang der Verletzte seine bisherige berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen kann.

Für den Arzt eröffnet sich seinerseits die Gelegenheit, nähere Informationen über die konkreten Arbeitsplatzverhältnisse beim UV-Träger abzufordern.

Der Bericht zielt darauf ab, die **medizinische und berufliche Wiedereingliederung zu beschleunigen** und dem UV-Träger die hierfür erforderlichen Informationen zu liefern. Aus diesem Grund enthält der Bericht auch die Frage, ob und durch welche besonderen Maßnahmen eine schnellere Wiedereingliederung erreicht werden kann und ob eine Arbeits- und Belastungserprobung erforderlich ist. Die bereits im Erstbericht gestellte Frage, ob der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten werden soll, wird auch im Zwischenbericht wieder aufgegriffen.

Der Zwischenbericht ist vom Durchgangsarzt entweder **nach Aufforderung durch den UV-Träger zu erstatten**. Er kann **vom Durchgangsarzt auch selbstständig erstattet werden**, z. B. wenn Mitteilungen über Besonderheiten des Behandlungsverlaufs nach § 16 des Vertrages Ärzte/UV-Träger zu machen sind.

Er kann **auch als Entlassungsbericht aus der stationären Behandlung** Verwendung finden, dies jedoch ausschließlich dann, **wenn der UV-Träger tatsächlich einen Entlassungsbericht wünscht und anfordert**.

Der Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung wird mit einer **Gebühr** in Höhe von **10,00 EUR** vergütet. Die UV-GOÄ wurde entsprechend geändert.

F 2106 Nachschaubericht (bei allgemeiner Heilbehandlung)

Feld 1 des Berichts verlangt nun nach konkreten Angaben zum aktuellen Befund und dem bisherigen Behandlungsverlauf. Auch Änderungen bzw. Konkretisierungen der bisherigen Diagnose sind hier anzugeben. Ein zusätzliches Feld 2 fragt nach **konkreten Maßnahmen im Rahmen der Nachschau**. Hierunter ist z. B. auch die Verordnung von Heilmitteln zu verstehen.

Verbleibt der Verletzte in allgemeiner Heilbehandlung, hatte der Durchgangsarzt bisher nur anzugeben, ob er den Versicherten für arbeitsunfähig hält oder nicht. In der überarbeiteten Fassung des Berichtes ist der Durchgangsarzt nun aufgefordert, auch im Rahmen der Nachschau eine **Prognose über die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit** abzugeben.

Dies dient als Anhaltspunkt für den UV-Träger im Zusammenhang mit der Heilverfahrenssteuerung und soll dem weiter behandelnden Arzt (Hausarzt) einen Hinweis geben, ohne in dessen Behandlungskompetenz einzugreifen.

Eine weitere Nachschau wird immer dann erforderlich, wenn an dem vom Durchgangsarzt festgesetzten Termin noch Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegt.

F 2222 Mitteilung D- oder H-Arzt: Veränderungen besondere Heilbehandlung

Auch in diesem Text wurde als einzige Änderung in der Betreffzeile ein Feld für die Eintragung des Unfalltages eingefügt.

F 2410 Verordnung zur Durchführung einer Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)

Die Abrechnungssystematik der EAP wurde umgestellt. Für die drei Behandlungselemente Krankengymnastik, physikalische Therapie und medizinische Trainingstherapie (MTT) werden Pauschalen berechnet.

Dies ermöglicht auch, dass z. B. am Ende einer EAP die MTT als ein Behandlungselement isoliert verordnet werden kann. Für die isolierte Krankengymnastik oder physikalische Therapie ist weiterhin der Verordnungstext F 2400 zu verwenden.

Die Angaben von Zeitvorgaben für den EAP-Therapieplan und zur Abrechnungskontrolle sind damit entbehrlich. Wichtig sind **konkrete Zielvorgaben für die Therapie** in der neuen EAP-Verordnung.

Das EAP-Zentrum setzt diese Zielvorgaben im Therapieplan in Zusammenarbeit mit dem Kooperationsarzt der Einrichtung um. Die neue EAP-Verordnung trägt so dem Umstand Rechnung, dass die Therapie innerhalb des Verordnungszeitraums von 14 Tagen Anpassungen unterworfen ist.

F 2902 Überweisung des D-/H-Arzt

Das Überweisungsformular des D- oder H-Arzt zu einem anderen Facharzt, der konsiliarisch oder zur Mitbehandlung/Diagnosestellung herangezogen wird, dient der zielgerechten Information des hinzugezogenen Arztes und Konkretisierung des Behandlungs- bzw. Untersuchungsauftrages.

Der Honoraranspruch des hinzugezogenen Arztes richtet sich nach der Einstufung des Behandlungsfalles in die allgemeine oder besondere Heilbehandlung durch den D-/H-Arzt. Für den überweisenden Arzt besteht die Möglichkeit, mit dem Überweisungsformular entsprechende Hinweise zu geben. Eine gesonderte Gebühr für die Verwendung des Überweisungsformulars ist nicht vorgesehen.

Landesverband-Rheinland-Westfalen
der gewerblichen Berufsgenossenschaften



(Kunze)



(Peters)

Anlagen

Rückmeldebogen über E-Mail-Anschrift

Programm des ANC

Übersicht über Einführungslehrgänge in die D-Arztstätigkeit

Muster der neuen Arztvordrucke

Absender: _____ (bitte unbedingt Namen und Anschrift angeben)

Rückantwort

Landesverband Rheinland-Westfalen
der gewerblichen Berufsgenossenschaften
Postfach 10 34 45

40225 Düsseldorf

Fax: 02 11 / 82 24 – 6 44

oder

service@duesseldorf.lvbg.de

Meine E-Mail-Anschrift für die D-Arztrundschreiben lautet:

Ort, Datum

Name

Unterschrift, Stempel

PROGRAMM

**Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Chirurgen
Westfalen Lippe
Bochum, den 10.12.03**

17.30 Uhr	Begrüßung
17.35 Uhr bis 17.55 Uhr	Verletzungen des Ellenbogengelenkes/ Luxationsverletzungen Diagnostik und Therapie
17.55 Uhr bis 18.10 Uhr	Diskussion
18.10 Uhr bis 18.30 Uhr	AC-Gelenk-Verletzungen Therapie von Spätschäden
18.30 Uhr bis 18.45 Uhr	Diskussion
18.45 Uhr bis 19.05 Uhr	Distale Radio-Ulnar-Verletzung Diagnostik und Therapie
19.05 Uhr bis 19.15 Uhr	Diskussion
19.15 Uhr bis 19.30 Uhr	„So wünsche ich mir den Kontakt mit einer großen BG-Klinik“ Anregungen, Wünsche und Tips der Niedergelassenen
	Ende der Veranstaltung

LANDESVERBÄNDE DER GEWERBLICHEN BERUFGENOSSENSCHAFTEN



Einführungslehrgänge in die Durchgangs- und H-Arzt-Tätigkeit (Stand: 22.09.03)

D-Arzt		
Termin	Ort	Landesverband
21. Nov. 2003	München	Bayern und Sachsen
02. Dez. 2003	Berlin	Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern
03. März 2004	Mainz	Hessen-Mittelrhein und Thüringen

H-Arzt		
Termin	Ort	Landesverband
10. Okt. 2003	München	Bayern und Sachsen
29. Okt. 2003	Düsseldorf	Rheinland-Westfalen

Anmeldungen können bei den unten angegebenen Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften erfolgen.

LVBG Nordwestdeutschland Postfach 37 40 30037 Hannover Tel. 05 11/9 87-22 77	LVBG Südwestdeutschland Postfach 10 14 80 69004 Heidelberg Tel. 0 62 21/5 23-0	LVBG Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern Fregestraße 44 12161 Berlin Tel. 0 30/8 51 05-52 20
LVBG Rheinland-Westfalen Postfach 10 34 45 40025 Düsseldorf Tel. 02 11/82 24-6 37	LVBG Bayern und Sachsen Postfach 60 02 65 81202 München Tel. 0 89/8 20 03 5 00-5 02	LVBG Hessen-Mittelrhein und Thüringen Postfach 29 48 55019 Mainz Tel. 0 61 31/8 02-2 27

Durchgangsarztbericht - UV-Träger -		Lfd. Nr.
Unfallversicherungsträger		
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum
Beschäftigt als		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)
Seit		Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)		
Vollständige Anschrift des Versicherten		
Beginn der Arbeitszeit		Ende der Arbeitszeit
1 Unfalltag		
2 Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist		
3 Verhalten des Versicherten nach dem Unfall		
4,1 Art der ersten (nicht durchgangsarztl.) Versorgung		
4,2 Erstmalig behandelt am		
5 Befund		
Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiche Anzeichen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Blutentnahme? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
6 Röntgenregebnisse		
7 Erstdiagnose (Änderungen/Konkretisierungen unverzüglich nachmelden)		
ICD 10	CPM	AO-Klassifikation
8 Art der Erstversorgung (durch den D-Arzt)		
9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können		
10 Sprechen Hergang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls?		
<input type="checkbox"/> ja, wenn <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil		
* Wenn ja, ist keine Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung durchzuführen und dem Versicherten eine Kopie des Durchgangsarztberichts auszuhandigen.		
11 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird?		
<input type="checkbox"/> ja, weil <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil		
12 Art der Heilbehandlung		
<input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung <input type="checkbox"/> ambulante <input type="checkbox"/> stationäre <input type="checkbox"/> Legt eine Verletzung nach dem Verletzungssarbeitsverhältnis vor? <input type="checkbox"/> ja, nach Ziffer <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nach Ziffer		
<input type="checkbox"/> es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil		
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit		
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig ab: <input type="checkbox"/> voraussichtlich wieder arbeitsfähig <input type="checkbox"/> voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig		
14 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich? <input type="checkbox"/> ja, zugezogen wird: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zugezogen wird:		
15 Nachschau ist erforderlich, sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte, am		
Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben.		
16 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses		
Unterschrift des Durchgangsarztes		
Datum		
Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes		

Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

Aktenzeichen:

Anlage zum Bericht Nr.:

Ergänzungsbericht - Knie -

- 1 **Unfallhergang:** (Möglichst wörtliche Wiedergabe der Schilderung. Unklare Angaben, z. B. „Um- oder Einknicken“, sind zu erläutern, um möglichst von vornherein eine Vorerkrankung von einer äußeren Gewalteinwirkung abgrenzen zu können.)

2 Verhalten nach dem Ereignis: 2.1 Als Unfall dem Arbeitgeber gemeldet 2.2 Zeitpunkt der Arbeitseinstellung 2.3 Fortbewegung nach Arbeitseinstellung 2.4 Erste ärztliche Untersuchung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am <input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit Fahrrad <input type="checkbox"/> gefahren worden am um durch
3 Beschwerden	<input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am welche:
4 Unfallunabhängige Erkrankungen oder Verletzungen nach Angaben des Versicherten: 4.1 an dem geschädigten Knie 4.2 an dem betroffenen Bein 4.3 an anderen Gelenken 4.4 Allgemeinerkrankungen, die auf die Beschwerden Einfluss gehabt haben können 4.5 Fußverbildungen - Varizen 4.6 Wurde oder wird wegen der Vorschäden eine Rente beantragt oder gezahlt? Wenn ja, wie viel Prozent, Versicherungsträger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?
5 Sportliche Betätigung (auch gelegentliche Freizeit-Sporttätigkeit erfragen) Wenn ja, welche und wie lange?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
6 Berufliche Betätigung 6.1 Untertage-Tätigkeit 6.2 Kniende Tätigkeit	Wenn ja, wo und wie lange? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
7 Befund 7.1 Äußere Verletzungszeichen (Hautdruckmarken, Hautabschürfungen, Wunden) 7.2 Blutergussverfärbung 7.3 Weichteilschwellung 7.4 Kapselverdickung 7.5 Schleimbeutelbeteiligung Wenn ja, wo und welcher Art?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> frisch <input type="checkbox"/> älter <input type="checkbox"/> abklingend <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

7.6 Grobe Prüfung der Hautwärme	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht
7.7 Druckempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo:
7.8 Bandapparat:	
Innenbandführung	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> gelockert <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark
Außenbandführung	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> gelockert <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark
Schubladenzeichen	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> vermehrt <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark
Bandführung der Gegenseite	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verändert, wie:
7.9 Einklemmungserscheinungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:
7.10 Zeichen für Meniskusbeteiligung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:
7.11 Gelenkgeräusche:	
Knirschen / Knacken / Reiben	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">rechts:</div> <div style="text-align: center;">links:</div> </div> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.12 Bewegungsmaße – Kniegelenk	<input type="checkbox"/> bds. gleich stark
Streckung/Beugung (Abb.)	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div> </div>
	
7.13 Umfangmaße:	
Oberschenkel 20 cm oberhalb inn. Kniegelenkspalt	cm:
Kniescheibenmitte	cm:
7.14 Gelenkerguss:	
Punktion	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Punktat	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
7.15 bakteriologisch-mikroskopische Untersuchung veranlasst?	Menge ml
7.16 CRP	<input type="checkbox"/> rein blutig <input type="checkbox"/> frisch <input type="checkbox"/> alt <input type="checkbox"/> rein serös <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> flockig <input type="checkbox"/> trüb <input type="checkbox"/> blutig serös <input type="checkbox"/> diffus blutig <input type="checkbox"/> blutige Beimengungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis:
8 Röntgenbefund - soweit nicht im D-(H-)Arztbericht beschrieben: (nicht nur knöchern Verletzungszeichen, sondern auch krankhafte Veränderungen oder Anomalien beschreiben, in Zweifelsfällen Vergleichsaufnahmen beider Knie)	
9 Diagnose	
10 Behandlung bzw. Behandlungsvorschläge	
11 Sind zur Klärung der Diagnose oder des ursächlichen Zusammenhanges noch weitere Maßnahmen erforderlich (z. B. Kernspintomographie, Arthroskopie, Blutbild, weitere Laborleistungen wie Rheumatest, WaR, feingewebliche Untersuchungen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:
12 Welche Unterlagen sind noch zu beschaffen?	

Datenschutz:
Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum Unterschrift des D-/H-Arztes Anschrift/Stempel des D-/H-Arztes

Sie erhalten eine Gebühr nach Nr. 137 UV-GOÄ

Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

Aktenzeichen:

Anlage zum Bericht Nr.:

Ergänzungsbericht - schwere Verbrennungen -

Verbrennung	1 Jahr	1 bis 4 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 Jahre	Erwach-sene	2°-A*)	2°-B*)	3**)	4**)
Kopf	19	17	13	11	9	7				
Hals	2	2	2	2	2	2				
Rumpf (vorn)	13	13	13	13	13	13				
Rumpf (hinten)	13	13	13	13	13	13				
Rechte Gesäßhälfte	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½				
Linke Gesäßhälfte	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½				
Genitalien	1	1	1	1	1	1				
Rechter Oberarm	4	4	4	4	4	4				
Linker Oberarm	4	4	4	4	4	4				
Rechter Unterarm	3	3	3	3	3	3				
Linker Unterarm	3	3	3	3	3	3				
Rechte Hand	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½				
Linke Hand	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½				
Rechter Oberschenkel	5 ½	6 ½	8	8 ½	9	9 ½				
Linker Oberschenkel	5 ½	6 ½	8	8 ½	9	9 ½				
Rechter Unterschenkel	5	5	5 ½	6	6 ½	7				
Linker Unterschenkel	5	5	5 ½	6	6 ½	7				
Rechter Fuß	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½				
Linker Fuß	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½	3 ½				
Summe:										
Gesamtverbrennung:										

*) Ausmaß und Schweregrad der Verbrennungen in entsprechende Spalte eintragen.

ABSI-Score

Parameter	Punkte	Summe Punkte	% verbrannte KOF	Punkte	Summe Punkte
					Übertrag:
Mann	0		1- 10	1	
Frau	1		11- 20	2	
Alter:			21- 30	3	
0-20	1		31- 40	4	
21-40	2		41- 50	5	
41-60	3		51- 60	6	
61-80	4		61- 70	7	
> 80	5		71- 80	8	
Inhal. Trauma	1		81- 90	9	
Drittgradige	1		91-100	10	
	Übertrag:			Gesamtpunktzahl	

Gesamtpunktzahl	Sterbewahrscheinlichkeit
2- 3	< 1 %
4- 5	2 %
6- 7	10-20 %
8- 9	30-50 %
10-11	60-80 %

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum

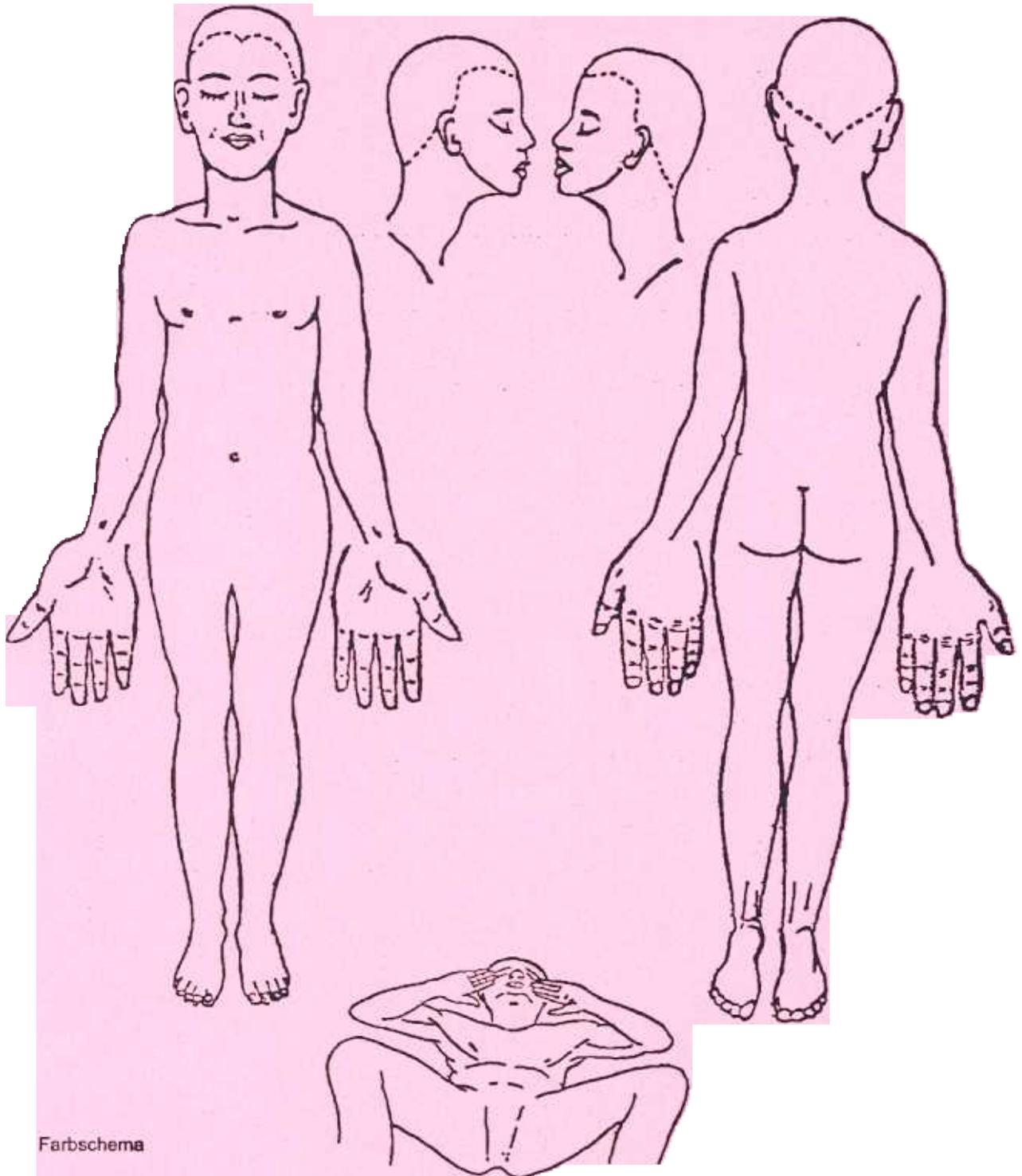
Unterschrift des D-/H-Arztes

Anschrift/Stempel des D-/H-Arztes

Sie erhalten eine Gebühr nach Nr. 139 UV-GOÄ

Name, Vorname:

Beiblatt schwere Verbrennungen am



Farbschema

- 2°-A = blau*)
- 2°-B = blau-rot-gestreift
- 3° = rot*)
- 4° = schwarz*)
- *) in Skizze eintragen

Zwischenbericht (bei besonderer Heilbehandlung)

- UV-Träger -

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger		Aktenzeichen des UV-Trägers	Tag der Nachuntersuchung
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum	
Beschäftigt als		Seit	
Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)		Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen	
Vollständige Anschrift des Versicherten		Unfalltag	

1 Aktueller Befund und bisheriger Verlauf (auch Änderungen/Konkretisierungen der bisherigen Diagnose)

ICD 10
ICPM
AO-Klassifikation

2 Seit der letzten Berichterstattung aufgetretene Komplikationen

keine folgende:

Wird dadurch die Dauer der Arbeitsunfähigkeit verlängert?

nein ja, um ca. Tage

3.1 Sind weitere Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlung durchgeführt worden oder vorgesehen?

nein ja, welche?

3.2 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung erforderlich?

nein ja, zugezogen wird:

Gibt es Hinweise für die Entwicklung eines psychischen Gesundheitsschadens?

nein ja, welche?

4 Sind Maßnahmen der Übungsbehandlung erforderlich (z. B. Physiotherapie, EAP, BGSW)?

nein ja, ggf. welche?

wahrscheinlich ab

5 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können, soweit nicht bereits im Durchgangsarztbericht beschrieben

6 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit

Der Versicherte ist weiter arbeitsfähig
 weiter arbeitsunfähig
 voraussichtlich arbeitsfähig ab:

Die Behandlung ist voraussichtlich abgeschlossen am:

7 Kann der Versicherte seine bisherige Tätigkeit wieder ausüben?

ja, uneingeschränkt ja, aber vorübergehend oder dauerhaft eingeschränkt, weil:

nein, die bisherige Tätigkeit kann dauerhaft nicht mehr ausgeübt werden, weil:

derzeit noch nicht zu beurteilen aus medizinischen Gründen
 wegen fehlender Kenntnisse der konkreten Arbeitsplatzverhältnisse
 hierzu sind nähere Informationen durch den UV-Träger erforderlich

8 Kann durch besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Verordnung von Hilfsmitteln) eine schnellere Wiedereingliederung erreicht werden?

nein ja, durch welche?

9 Ist eine Arbeits- und Belastungserprobung erforderlich?

nein ja, voraussichtlich ab:

10 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird?

nein ja, weil

Datenschutz: Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum Unterschrift des Durchgangsarztes Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes

Verteiler
Unfallversicherungsträger
Eigenbedarf

Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Nr. 115 UV-GOÄ. Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

F 2100 0104 Zwischenbericht

Nachschaubericht (bei allgemeiner Heilbehandlung)

- UV-Träger -

Lfd. Nr.

		Aktenzeichen des UV-Trägers	Tag der Nachuntersuchung
		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)	
Beschäftigt als	Seit	Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen	
Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Vollständige Anschrift des Versicherten			
Unfalltag			

1. Aktueller Befund und bisheriger Verlauf (auch Änderungen/Konkretisierungen der bisherigen Diagnose):

2. Maßnahmen im Rahmen der Nachschau (z. B. auch Verordnung von Heilmitteln):

3. Der Versicherte verbleibt in allgemeiner Heilbehandlung

bei _____

Ich halte den Versicherten für arbeitsunfähig

ja, voraussichtlich bis:

nein

Weitere Nachschau aus medizinischen Gründen erforderlich am _____, sofern dann noch Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte; bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben.

Behandlungsvorschlag:

4. Besondere Heilbehandlung erforderlich; eingeleitet:

- ambulant, bei bestehender Arbeitsfähigkeit
- ambulant, bei bestehender Arbeitsunfähigkeit
- stationär durch _____

Krankenhaus _____

Der Versicherte ist voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab: _____

Rechnung

Berichtsgebühr

nach Nr. 134 UV-GOÄ _____ EUR

Ärztliche Leistung

nach Nr. _____ UV-GOÄ _____ EUR

nach Nr. _____ UV-GOÄ _____ EUR

Besondere Kosten

_____ EUR

_____ EUR

_____ EUR

_____ EUR

Summe Besondere Kosten _____ EUR

Porto _____ EUR

zusammen _____ EUR

Datum

Unterschrift des Durchgangsarztes

Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes

Rechnungsnummer

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK - Bankverbindung -

Verteiler

Unfallversicherungsträger

Behandelnder Arzt

Eigenbedarf

Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei Familienversicherten

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

Weitere Ausführungen des D-Arztes

Datenschutz: Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Mitteilung an den behandelnden Arzt

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie erhalten meinen Bericht. Bitte stellen Sie den Patienten spätestens zum vorgesehenen Nachschautermin (siehe Punkt 3) wieder bei mir vor, wenn er bis dahin nicht wieder arbeitsfähig oder noch behandlungsbedürftig ist. Vielen Dank.

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

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

Mitteilung D- oder H-Arzt: Veränderungen besondere Heilbehandlung

- Der Versicherte wurde am _____
- 1.1 aus der stationären in ambulante Behandlung entlassen.
1.2 aus der ambulanten in stationäre Behandlung aufgenommen.
1.3 aus der ambulanten Behandlung entlassen.
- 2 Der Versicherte ist
- 2.1 arbeitsfähig ab _____ (dem Versicherten mitgeteilt)
(Bei Schülern bitte auf die Möglichkeit des Schulbesuchs abstellen.)
2.2 weiterhin arbeitsunfähig voraussichtlich noch _____ Tage _____ Wochen
- 3 Ärztliche Behandlung
- 3.1 nicht mehr erforderlich
weiterhin erforderlich
- 3.2 durch mich
3.3 durch _____
Name und Anschrift des behandelnden D/H-Arztes
- 3.4 durch _____
Name und Anschrift des behandelnden Arztes
- 4 Belastungserprobung zur Feststellung der Leistungsfähigkeit erscheint erforderlich.
5 Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen erscheinen erforderlich.
6 Die Minderung der Erwerbsfähigkeit beträgt nach vorläufiger Schätzung über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus _____ % (Auch die MdE-Sätze unter 20 % sind anzugeben.)

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum

Unterschrift des D-/H-Arztes

Anschrift/Stempel des D-/H-Arztes

Hinweis:

Für die Verordnung über die 2. Woche hinaus ist eine weitere Kostenübernahmeerklärung nicht erforderlich.

Ein EAP-Verfahren ist grundsätzlich auf 4 Wochen begrenzt. Sollte aus Sicht des verordnenden und behandelnden D-/H-Arztes das EAP-Verfahren im Einzelfall auf Grund der noch bestehenden Unfallfolgen dennoch fortgeführt werden müssen, ist dies vom verordnenden und behandelnden D-/H-Arzt gesondert im voraus zu begründen. Soweit der UV-Träger der Fortführung über die 4. Woche hinaus nicht widerspricht, kann die EAP weiterhin erbracht werden.

Überweisung des D-/H-Arztes

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger		Eingetroffen am		Uhrzeit	
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)	
Beschäftigt als		Sekt		Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen	
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)					
Vollständige Anschrift des Versicherten			Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
Überweisung zum		<input type="checkbox"/> Augenarzt	<input type="checkbox"/> HNO-Arzt	<input type="checkbox"/> Hautarzt	<input type="checkbox"/> Neurologen
		<input type="checkbox"/> Facharzt für			
Unfalltag		AU bis	Überweisung zur	<input type="checkbox"/> Klärung der Diagnose	<input type="checkbox"/> Mitbehandlung

Diagnosen/Verdacht

Auftrag (bitte auch wichtige Befunde/Medikation angeben)

Ich habe allgemeine besondere Heilbehandlung eingeleitet.

§ 61 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

Ein Arzt, der vom Durchgangsarzt nach § 25 oder H-Arzt nach § 34 hinzugezogen wird, erstattet unverzüglich einen Bericht auf Vordruck oder in freier Form. Der Bericht ist dem Durchgangsarzt/H-Arzt zuzusenden. Der Unfallversicherungsträger erhält eine Durchschrift. Entsprechendes gilt auch für den vom Belegarzt nach § 56 Abs. 3 hinzugezogenen Arzt. Für den Bericht erhält der Arzt eine Gebühr nach der UV-GOÄ.

(Datum)

(Stempel und Unterschrift des D-/H-Arztes)