



**LVBG**

Landesverband Bayern und Sachsen  
der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Der Geschäftsführer

Rundschreiben Nr. 6/2003 (D/H)

München, den 13. November 2003  
z/sm

An die  
DurchgangsärztInnen  
H-ÄrztInnen  
in Bayern und Sachsen

---

### **Überarbeitung / Neufassung einzelner Formtexte zum 1. Januar 2004**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie bereits mit Rundschreiben Nr. 5/2003 vom 11. August 2003 angekündigt, werden zum 1. Januar 2004 - in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung - verschiedene Arzttexte in modifizierter Form bzw. neue Arzttexte in Kraft treten.

Mit dieser Neufassung sollen

- ein zielgerichtetes Reha-Management durch die Unfallversicherungsträger unterstützt,
- Änderungsvorschläge des Verbandes der für BGen tätigen Ärzte umgesetzt,
- Anregungen / Hinweisen aus der ärztlichen Praxis Rechnung getragen

werden.

Mitte des Jahres wurden ca. 200 Systemhäuser für Arztpraxissoftware über die geplanten Änderungen unterrichtet, sodass rechtzeitig zum Jahreswechsel Updates zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus sind die Berichte wie bislang im Word- oder PDF-Format über die Website der Landesverbände ([www.lvbq.de](http://www.lvbq.de), Rubrik „Formtexte“) abrufbar.

Auch wenn die geänderten bzw. neuen Berichtstexte zum 1. Januar 2004 in Kraft treten, bedeutet dies jedoch nicht, dass alte Arztberichte ab diesem Zeitpunkt nicht mehr verwendet werden dürfen. **Im Gegenteil sollen eventuell noch vorhandene Vordruckbestände zunächst aufgebraucht werden.**

Für die Bestellung der ab 1. Januar 2004 gültigen neuen Formtexte ist ein gesondertes Formular beigelegt.

Die wesentlichen Neuerungen im Durchgangsarzt-/H-Arztbericht sind nachstehend kurz dargestellt. Ferner sind diejenigen Arzttexte aufgelistet, die neu hinzugekommen bzw. in denen inhaltliche Änderungen vorgenommen wurden.

▪ **F 1000 Durchgangsarztbericht / F 1020 H-Arzt-Bericht**

Bezugszeile am oberen Rand der Folgeseite bei mehrseitigen Berichtstexten

Neues Feld „Telefon-Nummer des Unfallbetriebes“

Neues Feld „Ende der Arbeitszeit“

Bisheriges Feld „Unfallort“ entfällt; wird nunmehr in Feld „Angaben des Versicherten ...“ erfasst.

Vergrößerung des Feldes „Befund“

Abfrage der „Erstdiagnose“ (anstelle „Diagnose“)

Tabellarische Abfrage zur ICD 10, ICPM und der AO-Klassifikation

Neues Feld „Besteht konkreter Anlass dazu, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird“

Neue Felder „Art der Heilbehandlung“ und „Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit“ (anstelle der bisherigen Felder 11 - 15)

Neues Feld „Verletzung nach Verletzungsartenverzeichnis“

Neues Feld „Konsiliarärzte“

▪ **F 1004 Ergänzungsbericht Knie**

▪ **F 1008 Ergänzungsbericht Schwere Verbrennungen**

▪ **F 1010 (alt) Ergänzungsbericht Hand - entfällt ersatzlos**

▪ **F 1010 Handchirurgischer Erstbericht** für nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte / Unfallversicherungsträger beteiligte Handchirurgen, die **nicht Durchgangsarzt oder H-Arzt (!)** sind

▪ **F 2100 Zwischenbericht** (bei besonderer Heilbehandlung)

▪ **F 2106 Nachschaubericht**

▪ **F 2108 Verlaufsbericht H-Arzt**

▪ **F 2222 Mitteilung des D- oder H-Arztes: Veränderung der besonderen Heilbehandlung**

▪ **F 2902 Überweisung des D-/H-Arztes**

▪ **F 2410 Verordnung zur Durchführung der EAP**

Weitergehende Informationen bzw. Erläuterungen finden Sie im Anhang dieses Schreibens; für EmpfängerInnen der Rundschreiben per E-Mail können diese durch Klick auf die vorstehenden Punkte abgerufen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Der Geschäftsführer



von Rimscha

## Hinweise / Erläuterungen zu den neuen Formtexten, gültig ab 1. Januar 2004

### **F 1000 Durchgangsarztbericht / F 1020 H-Arzt-Bericht**

Das **Layout** der sog. Erstberichte (D-Bericht und H-Bericht) wurde in der überarbeiteten Fassung in der Weise beibehalten, dass alle wesentlichen Angaben auf einer Formularseite zusammen gefasst 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 zu dem 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 auszuhandigen 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.

Der *H-Arzt* kann besondere Heilbehandlung nur dann einleiten und durchführen, wenn eine Verletzung nach § 35 des Vertrages Ärzte/UV-Träger gegeben ist. Der Katalog ist - wie bereits bisher - auf Seite 2 des Berichtsformulars abgedruckt. Im neuen Berichtsformular wird der H-Arzt aufgefordert anzugeben, **welche Verletzung dieses Kataloges** vorliegt und ob die Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird. Wie der Durchgangsarzt, muss auch der H-Arzt angeben, ob eine **Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis** vorliegt und ggf. nach **welcher Ziffer**. In diesem Fall besteht auch für den H-Arzt in der Regel die Verpflichtung, den Verletzten unmittelbar an ein am Verletzungsartenverfahren beteiligtes Krankenhaus zu überweisen.

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 Rechnungsblock auf Seite 2 des Durchgangsarztberichtes wurde um einige zusätzliche Zeilen erweitert. Außerdem wurde die Schriftgröße 12 gewählt, 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 Kernspintogramm 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 ein Verbrennungszentrum 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 Ergänzungsbericht-Hand (alt)**

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 1010 Handchirurgischer Erstbericht**

Der neue Berichtstext erhielt die Kurzbezeichnung (F 1010) des bisherigen Ergänzungsberichtes „Hand“ und basiert auf den Grunddaten des Durchgangsarztberichtes. **Er ist ausschließlich von nach § 37 Abs. 3 des Vertrages Ärzte/UV-Träger beteiligten Handchirurgen zu verwenden, die nicht Durchgangs- oder H-Arzt sind.** Dies bedeutet, dass ein zugelassener Handchirurg, der gleichzeitig als Durchgangs- oder H-Arzt beteiligt ist, nicht den Handchirurgischen Bericht, sondern ausschließlich den Durchgangsarzt oder H-Arzt-Bericht verwendet, auch wenn eine Handverletzung vorliegt.

Der Handchirurgische Erstbericht ist, wie der D- oder H-Arzt-Bericht, **unverzüglich** zu erstatten.

Im Zusammenhang mit Feld 7 "Erstdiagnose" wurde in der Tabelle am rechten Seitenrand zusätzlich eine Zeile **Zone der Sehnenverletzung** und eine Zeile zur Abfrage der **Gebrauchshand** ergänzt.

Auf Seite 2 des Berichtsformulars wurden die **Handskizzen** übernommen. Hier soll der Arzt ggf. die Verletzungs- oder Amputationsstelle einzeichnen.

Zur Information des Handchirurgen wurden auf Seite 2 zusätzlich die Verletzungen der Hand nach Ziffer 15 des Verletzungsartenverzeichnisses aufgeführt. Für die Abrechnung der erbrachten Leistungen verwendet der Arzt nach Abschluss der Behandlung das gesonderte Rechnungsformular. Der Bericht wird mit einer Gebühr in Höhe des Durchgangsarztberichtes von 15,09 EUR vergütet. Die UV-GOÄ wurde entsprechend geändert.

### **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 soll außerdem eine Aussage darüber treffen, ob und in welchem Umfang der Verletzte seine bisherige berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen kann. Für den Arzt eröffnet sich die Gelegenheit, nähere Informationen über die konkreten Arbeitsplatzverhältnisse beim UV-Träger einzuholen.

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 entweder **nach Aufforderung durch den UV-Träger zu erstatten oder vom Durchgangsarzt auch selbstständig**, 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 soll der Durchgangsarzt auch im Rahmen der Nachschau eine **Prognose über die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit** abgeben. 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 2108 Verlaufsbericht H-Arzt**

Als einzige Änderung gegenüber der bisherigen Berichtsfassung wurde in der Betreffzeile ein Feld für die Angabe des Unfalltages eingefügt.

#### **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.

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-Arztes**

Das Überweisungsformular des D- oder H-Arztes 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.

An den  
Landesverband Bayern und Sachsen  
der gewerbl. Berufsgenossenschaften  
Am Knie 8  
81241 München

Name und Anschrift des Bestellers

---

---

---

---

Tel.: 089/82 003 500-503  
Fax: 089/82 003 599  
E-Mail: Service@Muenchen.LVBG.de

Hiermit bestelle ich die **überarbeiteten Arztvordrucke**  
**in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung**  
(max. Halbjahresbedarf)

<u>Durchgangsarztbericht</u>		<u>Anzahl</u>
F 1000 (ohne Eindruck)		_____
F 1000 (mit Eindruck*	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
F 1000 SD-Papier (ohne Eindruck)	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
F 1000 SD-Papier (mit Eindruck*	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
<u>Nachschaubericht</u>		
F 2106 (ohne Eindruck)		_____
F 2106 (mit Eindruck*	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
F 2106 SD-Papier (ohne Eindruck)	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
F 2106 SD-Papier (mit Eindruck*	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
<u>H-Arzt-Bericht</u>		
F 1020 (ohne Eindruck)		_____
F 1020 SD-Papier (ohne Eindruck)	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
F 1020 SD-Papier (mit Eindruck*	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
<u>Ergänzungsbericht Knie</u>		
F 1004		_____
<u>Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen</u>		
F 1008		_____
<u>Mitteilung D-/H-Arzt: Veränderung bes. Heilbehandlung</u>		
F 2222		_____
F 2222 SD-Papier (ohne Eindruck)	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
F 2222 SD-Papier (mit Eindruck*	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
<u>Verordnung EAP</u>		
F 2410		_____

\* Für den Eindruck der Adresse und Bankverbindung bzw. BK-Kennzeichen ist ein Muster beizulegen. Die Kosten des Eindrucks werden dem bestellenden Arzt direkt von der Druckerei (Bosch-Druck GmbH, Postfach 11 53, 84004 Landshut, Fax: 0871/760 560) berechnet. Mindestabnahmemenge 500 Exemplare je Vordruck.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift

An den  
Landesverband Bayern und Sachsen  
der gewerbl. Berufsgenossenschaften  
Geschäftsstelle Dresden  
Königsbrücker Landstraße 2  
01109 Dresden

Name und Anschrift des Bestellers

---

---

---

---

Tel.: 0351/457-2100  
Fax: 0351/457-2105  
E-Mail: service-dresden@Muenchen.lvbg.de

Hiermit bestelle ich die **überarbeiteten Arztvordrucke**  
**in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung**  
(max. Halbjahresbedarf)

<u>Durchgangsarztbericht</u>		<u>Anzahl</u>
F 1000 (ohne Eindruck)		_____
F 1000 (mit Eindruck*	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
F 1000 SD-Papier (ohne Eindruck)	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
F 1000 SD-Papier (mit Eindruck*	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
<u>Nachschaubericht</u>		
F 2106 (ohne Eindruck)		_____
F 2106 (mit Eindruck*	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
F 2106 SD-Papier (ohne Eindruck)	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
F 2106 SD-Papier (mit Eindruck*	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
<u>H-Arzt-Bericht</u>		
F 1020 (ohne Eindruck)		_____
F 1020 SD-Papier (ohne Eindruck)	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
F 1020 SD-Papier (mit Eindruck*	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
<u>Ergänzungsbericht Knie</u>		
F 1004		_____
<u>Ergänzungsbericht schwere Verbrennungen</u>		
F 1008		_____
<u>Mitteilung D-/H-Arzt: Veränderung bes. Heilbehandlung</u>		
F 2222		_____
F 2222 SD-Papier (ohne Eindruck)	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
F 2222 SD-Papier (mit Eindruck*	über Bosch-Druck zu beziehen)	_____
<u>Verordnung EAP</u>		
F 2410		_____

\* Für den Eindruck der Adresse und Bankverbindung bzw. BK-Kennzeichen ist ein Muster beizulegen. Die Kosten des Eindrucks werden dem bestellenden Arzt direkt von der Druckerei (Bosch-Druck GmbH, Postfach 11 53, 84004 Landshut, Fax: 0871/760 560) berechnet. Mindestabnahmemenge 500 Exemplare je Vordruck.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift

# Durchgangsarztbericht

- UV-Träger -

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		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			Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
1 Unfalltag	Uhrzeit	Beginn der Arbeitszeit	Uhr	Ende der Arbeitszeit	Uhr
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 Erstmals behandelt am		
			durch		
5 Befund	Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche Anzeichen?
					Blutentnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; background-color: red; color: white; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p><b>Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!</b>  <b>Nicht maßstabsgetreu!!!</b>  <b>Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!</b></p> </div>					
6 Röntgenergebnis					
7 Erstdiagnose (Änderungen/Konkretisierungen <u>unverzüglich</u> nachmelden)				ICD 10	
				ICPM	
				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"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil					
* Wenn ja, ist keine Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung durchzuführen und dem Versicherten eine Kopie des Durchgangsarztberichts auszuhändigen.					
11 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird?					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil					
12 Art der Heilbehandlung					
<input type="checkbox"/> allgemeine Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil	
<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt		<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär			
<input type="checkbox"/> durch mich		Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?			
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nach Ziffer _____			
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit			14 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?		
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig.			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zugezogen wird:		
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig ab:			<input type="checkbox"/> voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab:		
			<input type="checkbox"/> voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig		
15 Nachschau ist erforderlich, <b>sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte</b> , am _____ ; bei Verschlimmerung sofort.					
Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben.					
16 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses					
Datum		Unterschrift des Durchgangsarztes		Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes	

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

Weitere Ausführungen des D-Arztes

**Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!  
Nicht maßstabsgetreu!!!  
Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!**

<b>Ergänzungsberichte nicht vergessen!</b>	
F 1002 Kopfverletzungen	F 1006 Stromunfälle
F 1004 Knieverletzungen	F 1008 schwere Verbrennungen

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

<b>Mitteilung an den behandelnden Arzt</b>
Sie erhalten meinen Bericht. Bitte stellen Sie den Patienten spätestens zum vorgesehenen Nachschautermin (siehe Nr. 15) wieder bei mir vor, wenn er bis dahin nicht wieder arbeitsfähig oder noch behandlungsbedürftig ist.

**Rechnung** Nur abrechnen, wenn keine Weiterbehandlung durch Sie vorgesehen ist. Ansonsten Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

Berichtsgebühr	nach Nr. 132	UV-GOÄ	_____	EUR		
Ergänzungsbericht	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR	<b>Besondere Kosten</b>	
Ärztliche Leistung	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____ EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____ EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____ EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____ EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____ EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____ EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____ EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____ EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____ EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR		_____ EUR
				EUR		_____ EUR
Tetanus-Hyperimmun-Globulin				EUR		_____ EUR
Aktive Immunisierung (Tetanol-Tetatoxoid)				EUR	_____ EUR	
Summe Besondere Kosten				EUR	_____ EUR	
Porto				EUR	_____ EUR	
zusammen				EUR	_____ EUR	

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK - Bankverbindung -

**Verteiler**  
 Unfallversicherungsträger  
 Behandelnder Arzt  
 Eigenbedarf  
 Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei Familienversicherten

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 <b>Verhalten</b> nach dem Ereignis:	
2.1 Als Unfall dem Arbeitgeber gemeldet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am
2.2 Zeitpunkt der Arbeitseinstellung	<input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am
2.3 Fortbewegung nach Arbeitseinstellung	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit Fahrrad <input type="checkbox"/> gefahren worden
2.4 Erste ärztliche Untersuchung	am _____ um _____ durch _____
3 <b>Beschwerden</b>	<input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am welche: _____
4 <b>Unfallunabhängige Erkrankungen oder Verletzungen</b> nach Angaben des Versicherten:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche? _____
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?	
5 <b>Sportliche Betätigung</b> (auch gelegentliche Freizeit-Sporttätigkeit erfragen) Wenn ja, welche und wie lange?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
6 <b>Berufliche Betätigung</b>	Wenn ja, wo und wie lange?
6.1 Untertage-Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
6.2 Kniende Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
7 <b>Befund</b>	
7.1 Äußere Verletzungszeichen (Hautdruckmarken, Hautabschürfungen, Wunden)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo: _____
7.2 Blutergussverfärbung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> frisch <input type="checkbox"/> älter <input type="checkbox"/> abklingend
7.3 Weichteilschwellung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo: _____
7.4 Kapselverdickung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo: _____
7.5 Schleimbeutelbeteiligung Wenn ja, wo und welcher Art?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!  
Nicht maßstabsgetreu!!!  
Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!**



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									
Rechter Unterarm	3									
Linker Unterarm	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:										
<b>Gesamtverbrennung:</b>										

**Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!  
Nicht maßstabsgetreu!!!  
Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!**

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

### ABSI-Score

Parameter	Punkte	Summe Punkte	% verbrannte KOF	Punkte	Summe Punkte
					<b>Übertrag:</b>
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	
<b>Übertrag:</b>			<b>Gesamtpunktzahl</b>		

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

**Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!  
Nicht maßstabsgetreu!!!  
Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!**

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum

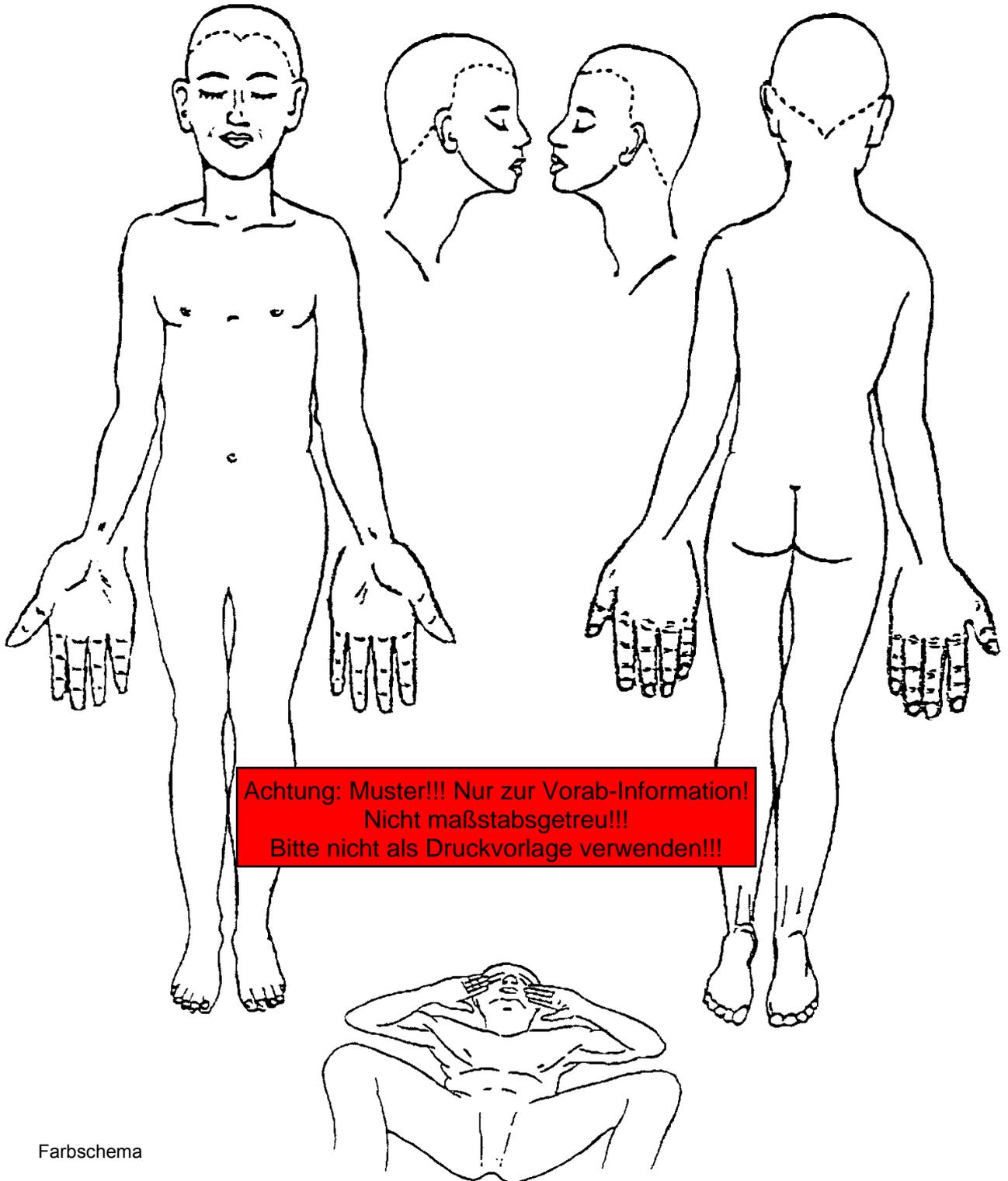
Unterschrift des D-/H-Arzt/es

Anschrift/Stempel des D-/H-Arzt/es

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

# Handchirurgischer Bericht

(Nur zu verwenden von Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 Ärztevertrag, die nicht D- oder H-Arzt sind)

- UV-Träger -

Lfd. Nr.

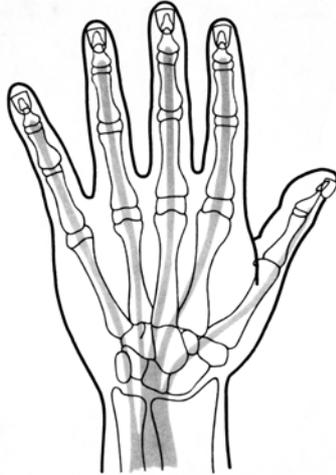
Unfallversicherungsträger		Eingetroffen am		Uhrzeit	
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)	
Beschäftigt als		Seit		Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen	
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)					
Vollständige Anschrift des Versicherten			Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
1 Unfalltag	Uhrzeit	Beginn der Arbeitszeit	Uhr	Ende der Arbeitszeit	Uhr
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 handchirurgischen) Versorgung			4.2 Erstmalig behandelt am		
			durch		
5 Befund	Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche Anzeichen?	Blutentnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<div style="border: 2px solid red; background-color: red; color: black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p><b>Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!</b>  <b>Nicht maßstabsgetreu!!!</b>  <b>Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!</b></p> </div>					
6 Röntgenergebnis				Gebrauchshand <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Zone der Sehnenverletzung	
7 Erstdiagnose (Änderungen/Konkretisierungen <u>unverzüglich</u> nachmelden)				ICD 10	
				ICPM	
				AO-Klassifikation	
8 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können					
9 Sprechen Hergang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls? *					
<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 Berichts auszuhändigen.					
10 Art der Versorgung (durch den Handchirurgen)					
11 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird?					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil					
12 Art der Heilbehandlung					
<input type="checkbox"/> allgemeine Heilbehandlung, weil keine Verletzung nach Ziffer 15 des Verletzungsartenverzeichnisses vorliegt <input type="checkbox"/> durch anderen Arzt <input type="checkbox"/> durch mich		<input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung, weil eine Verletzung nach Ziffer 15.____ des Verletzungsartenverzeichnisses vorliegt <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		<input type="checkbox"/> es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil	
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit			14 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?		
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig.	<input type="checkbox"/> voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab:	<input type="checkbox"/> voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, zugezogen wird:	
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig ab:					
15 Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des weiterbehandelnden Krankenhauses					
Datum		Unterschrift des Arztes		Anschrift/Stempel des Arztes	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Unfalltag:

Lfd. Nr.



Linke Hand außen

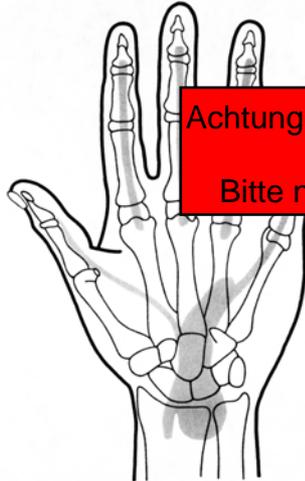


Rechte Hand außen

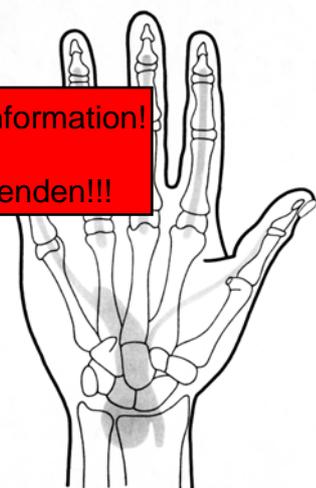
L

Bitte hier zusätzlich Verletzungs-/  
Amputationsstelle einzeichnen.

R



Linke Hand innen



Rechte Hand innen

Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!  
Nicht maßstabsgetreu!!!  
Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!

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

### Verletzungen der Hand nach Ziffer 15 des Verletzungsartenverzeichnisses

- 15.1 Amputationsverletzungen  
(ausgenommen Fingerendgliedknochen)
- 15.2 Brüche mehrerer Finger
- 15.3 Stark verschobene Frakturen oder Luxationen von Mittelhandknochen, Bennetsche Fraktur am 1. Mittelhandknochen in jeder Form, stark verschobene Langfingergrundgliedfrakturen oder solche mit Grundgelenksbeteiligung
- 15.4 Kahnbeinbrüche und perilunäre Luxationen
- 15.5 Verletzungen von mehreren Fingernerven
- 15.6 Verletzungen mit akuten oder drohenden Ernährungsstörungen
- 15.7 Beugesehnenverletzungen
- 15.8 Verbrennungen an der Hand mit drohender Funktionsstörung

**Nur in diesen Fällen kann besondere Heilbehandlung eingeleitet und durchgeführt werden.**

Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Nr. 140 UV-GOÄ. Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

#### Verteiler

Unfallversicherungsträger

Eigenbedarf

Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei Familienversicherten

# H-Arzt-Bericht

- UV-Träger -

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		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			Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht	
1 Unfalltag	Uhrzeit	Beginn der Arbeitszeit	Uhr	Ende der Arbeitszeit	Uhr	
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 h-ärztlichen) Versorgung			4.2 Erstmals behandelt am			durch
5 Befund						
Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
Welche Anzeichen? Blutentnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja						
<b>Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information! Nicht maßstabsgetreu!!! Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!</b>						
6 Röntgenergebnis						
7 Erstdiagnose (Änderungen/Konkretisierungen <u>unverzüglich</u> nachmelden)						
ICD 10						
ICPM						
AO-Klassifikation						
8 Art der Erstversorgung (durch den H-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"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil						
* Wenn ja, ist keine Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung durchzuführen und dem Versicherten eine Kopie des H-Arzt-Berichtes auszuhändigen.						
11 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird?						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil						
12 Art der Heilbehandlung						
<input type="checkbox"/> allgemeine Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung, weil eine Verletzung nach Nr. ____ des Kataloges (2. Seite) vorliegt		<input type="checkbox"/> es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil		
<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt		<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär				
<input type="checkbox"/> durch mich						
Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nach Ziffer ____						
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit			14 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?		Bitte beachten Sie unbedingt die 14-tägige Berichtspflicht (F 2108).	
<input type="checkbox"/> Der Versicherte ist arbeitsfähig.			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zugezogen wird:			
<input type="checkbox"/> Der Versicherte ist arbeitsunfähig ab:						
<input type="checkbox"/> Der Versicherte ist voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab:						
15 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses						
Datum		Unterschrift des H-Arztes		Anschrift/Stempel des H-Arztes		

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

Weitere Ausführungen des H-Arztes

**Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!  
Nicht maßstabsgetreu!!!  
Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!**

**Ergänzungsberichte nicht vergessen!**

F 1002 Kopfverletzungen  
F 1004 Knieverletzungen

F 1006 Stromunfälle  
F 1008 schwere Verbrennungen

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

**Bitte beachten Sie:**

Der H-Arzt ist berechtigt bei folgenden Verletzungen besondere Heilbehandlung durchführen, soweit es sich nicht um eine der im Verletzungsartenverzeichnis (Anhang 1 zum Vertrag Ärzte/UV-Träger) aufgeführten Verletzungen handelt:

1. Offene, scharfrandige bis in die Muskulatur hineinreichende Weichteilverletzungen ohne Nerven- und Sehnenbeteiligung
2. Lokalisierte, oberflächennahe, einschmelzende Entzündungen nach Unfallverletzungen, ohne Gelenkbeteiligung
3. Ausgedehnte Verbrennungen zweiten Grades oder kleinflächige Verbrennungen dritten Grades
4. Muskelrisse, die keine operative Behandlung erfordern
5. Schwere Prellungen, Quetschungen, Stauchungen und Zerrungen von Gelenken mit intraartikulärer oder stark periartikulärer Blutung mit Ausnahme von Schulter- und Kniegelenk
6. Knochenbrüche mit Ausnahme von Gelenkfrakturen und gelenknahen Frakturen bei Kindern
7. Verrenkungen mit Ausnahme von Verrenkungen des Schulter- und Kniegelenkes

In allen anderen Fällen ist allgemeine Heilbehandlung durchzuführen!

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger  
Eigenbedarf  
Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei Familienversicherten

Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Nr. 135 UV-GOÄ. Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

# Augenarztbericht

- UV-Träger -

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		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			Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht	
1 Unfalltag	Uhrzeit	Beginn der Arbeitszeit	Uhr	Ende der Arbeitszeit	Uhr	
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 Versorgung			4.2 Erstmals behandelt am			durch
5 Befund						
5.1 Unfallbedingte Defekte und Krankheitszeichen:						
RA		LA		<b>Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information! Nicht maßstabsgetreu!!! Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!</b>		
5.2 Sehschärfe (fern)						
ohne Korrektur		R	_____	Refraktion:		
		L	_____			
mit Korrektur		R	_____	dpt sph.	○ _____	
		L	_____	dpt sph.	○ _____	
				dpt. cyl.	_____	
				dpt. cyl.	_____	
				Achse	_____	
				Achse	_____	
6 Erstdiagnose (Änderungen/Konkretisierungen <u>unverzüglich</u> nachmelden)				ICD 10		
				ICPM		
7 Art der etwaigen Erstversorgung durch den Augenarzt:						
8 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können						
9 Sprechen Hergang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls? *						
<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 Augenarztberichts auszuhändigen.						
10 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit						
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig.		<input type="checkbox"/> voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab:				
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig ab:		<input type="checkbox"/> voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig				
11 Art der Heilbehandlung						
<input type="checkbox"/> allgemeine Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> ambulant		<input type="checkbox"/> durch mich		
<input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-/H-Arzt (bitte genaue Anschrift angeben)		<input type="checkbox"/> stationär		<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt		
12 Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des weiterbehandelnden Krankenhauses						
Datum		Unterschrift des Augenarztes		Anschrift/Stempel des Augenarztes		

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

Weitere Ausführungen des Augenarztes

**Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!  
Nicht maßstabsgetreu!!!  
Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!**

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

**Rechnung** Nur abrechnen, wenn keine Weiterbehandlung durch Sie vorgesehen ist. Ansonsten Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

Berichtsgebühr	nach Nr. 126	UV-GOÄ	_____ EUR	<b>Besondere Kosten</b>
Ärztliche Leistung	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____ EUR	_____ EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____ EUR	_____ EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____ EUR	_____ EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____ EUR	_____ EUR
Summe Besondere Kosten			_____ EUR	←
Porto			_____ EUR	
		zusammen	===== EUR	

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK - Bankverbindung -

**Verteiler**  
 Unfallversicherungsträger  
 Behandelnder Arzt  
 Eigenbedarf  
 Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei Familienversicherten

# Hals-, Nasen-, Ohren-Arztbericht

- UV-Träger -

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		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			Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
1 Unfalltag	Uhrzeit	Beginn der Arbeitszeit	Uhr	Ende der Arbeitszeit	Uhr
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 Versorgung			4.2 Erstmalig behandelt am		
			durch		
5 Befund (soweit im Zusammenhang mit dem Unfall von Bedeutung):					
5.1 Ohren: rechts:		links:			
5.2 Nase:					
5.3 Mund und Rachen:					
5.4 Kehlkopf und Luftröhre:					
5.5 Hals und Gesicht:					
5.6 Gehörfunktion:					
Umgangssprache rechts		m; links	m, Flüstersprache rechts		m; links
Weberversuch:		Rinneversuch rechts:		links:	
Tonaudiogramm:		Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ggf. welche?	<input type="checkbox"/> rechts:
				<input type="checkbox"/> vorbestehend?	<input type="checkbox"/> links:
				(bitte unter Pkt. 8 angeben)	
5.7 Gleichgewichtsfunktion:					
Spontannystagmus:					
Provokationsnystagmus (Kopfschütteln, Lage, Lagerung usw.):					
Experimentelle Prüfung: (Spülung warm - kalt, Drehung usw.):					
Abweichreaktionen (Romberg, Unterberger usw.):					
5.8 Röntgenergebnis:					
5.9 Riech- und Geschmacksprüfung:					
5.10 Sonstige Befunde:					
6 Erstdiagnose (Änderungen/Konkretisierungen <u>unverzüglich</u> nachmelden)				ICD 10	
				ICPM	
7 Art der etwaigen Erstversorgung durch den HNO-Arzt:					
8 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können					
9 Sprechen Hergang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls? *					
<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 HNO-Berichts auszuhändigen.					
10 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit					
<input type="checkbox"/> Der Versicherte ist arbeitsfähig.					
<input type="checkbox"/> Der Versicherte ist arbeitsunfähig ab:					
<input type="checkbox"/> Der Versicherte ist voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab:					
11 Art der Heilbehandlung					
<input type="checkbox"/> allgemeine Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> ambulant		<input type="checkbox"/> durch mich	
<input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung, weil eingeleitet von D-/H-Arzt (bitte genaue Anschrift angeben)		<input type="checkbox"/> stationär		<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt	
12 Anschrift des behandelnden Arztes bzw. des weiterbehandelnden Krankenhauses					
Datum	Unterschrift des HNO-Arztes		Anschrift/Stempel des HNO-Arztes		

**Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!  
Nicht maßstabsgetreu!!!  
Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!**

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

Weitere Ausführungen des HNO-Arztes

**Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!  
Nicht maßstabsgetreu!!!  
Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!**

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

**Rechnung** Nur abrechnen, wenn keine Weiterbehandlung durch Sie vorgesehen ist. Ansonsten Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

Berichtsgebühr	nach Nr. 127	UV-GOÄ	_____	EUR	<b>Besondere Kosten</b>
Ärztliche Leistung	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR	_____
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR	_____
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR	_____
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR	_____
Summe Besondere Kosten			_____	EUR	_____
Porto			_____	EUR	_____
		zusammen	=====	EUR	_____

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK - Bankverbindung -

**Verteiler**  
 Unfallversicherungsträger  
 Behandelnder Arzt  
 Eigenbedarf  
 Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei Familienversicherten



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

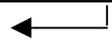
**Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!  
Nicht maßstabsgetreu!!!  
Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!**

**Abrechnung**

Berichtsgebühr (entfällt bei Vorstellung beim D-Arzt)	nach Nr. 125	UV-GOÄ	_____	EUR
Ärztliche Leistung	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	_____	EUR
			_____	EUR
Summe Besondere Kosten			_____	EUR
Porto			_____	EUR
		zusammen	_____	EUR

**Besondere Kosten**

_____	EUR



Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK - Bankverbindung -

# 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	
<b>Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information! Nicht maßstabsgetreu!!! Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!</b>			
2 Seit der letzten Berichterstattung aufgetretene Komplikationen		Wird dadurch die Dauer der Arbeitsunfähigkeit verlängert?	
<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende:		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, um ca. Tage	
3.1 Sind weitere Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlung durchgeführt worden oder vorgesehen?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?			
3.2 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder zur Mitbehandlung erforderlich?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zugezogen wird:			
Gibt es Hinweise für die Entwicklung eines psychischen Gesundheitsschadens?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?			
4 Sind Maßnahmen der Übungsbehandlung erforderlich (z. B. Physiotherapie, EAP, BGSW)?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> weiter arbeitsfähig			
<input type="checkbox"/> weiter arbeitsunfähig			
<input type="checkbox"/> voraussichtlich arbeitsfähig ab:			
Die Behandlung ist voraussichtlich abgeschlossen am:			
7 Kann der Versicherte seine bisherige Tätigkeit wieder ausüben?			
<input type="checkbox"/> ja, uneingeschränkt <input type="checkbox"/> ja, aber <input type="checkbox"/> vorübergehend oder <input type="checkbox"/> dauerhaft eingeschränkt, weil:			
<input type="checkbox"/> nein, die bisherige Tätigkeit kann dauerhaft nicht mehr ausgeübt werden, weil:			
<input type="checkbox"/> derzeit noch nicht zu beurteilen <input type="checkbox"/> aus medizinischen Gründen			
<input type="checkbox"/> wegen fehlender Kenntnisse der konkreten Arbeitsplatzverhältnisse			
<input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch welche?			
9 Ist eine Arbeits- und Belastungsproberprobung erforderlich?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich ab:			
10 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil			
<b>Datenschutz:</b> 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.

# Nachschaubericht (bei allgemeiner Heilbehandlung)

- UV-Träger -

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger		Aktenzeichen des UV-Trägers	Tag der Nachuntersuchung
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum	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):

**Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!  
Nicht maßstabsgetreu!!!  
Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!**

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				<b>Besondere Kosten</b>
nach Nr.	_____	UV-GOÄ	_____	EUR
nach Nr.	_____	UV-GOÄ	_____	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

**Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!  
Nicht maßstabsgetreu!!!  
Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!**

**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:

## Verlaufsbericht H-Arzt

1. Befund und bisheriger Verlauf:

**Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!  
Nicht maßstabsgetreu!!!  
Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!**

2. Beurteilung der Arbeitsfähigkeit:

Der Patient ist ab \_\_\_\_\_ arbeitsfähig.

Der Patient ist noch arbeitsunfähig, weil \_\_\_\_\_

Die Arbeitsunfähigkeit endet voraussichtlich am \_\_\_\_\_ .

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**Institutionskennzeichen (IK)**

Falls kein IK - Bankverbindung -

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 135a) und Auslagen nach der UV-GOÄ

┌

└

┌

└

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

- 1 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

**Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!**  
**Nicht maßstabsgetreu!!!**  
**Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!**

- 3.2  durch mich

- 3.3  durch \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des behandelnden D/H-Arzt

- 3.4  durch \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Nachschaftermin \_\_\_\_\_

- 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-Arzt

Anschrift/Stempel des D-/H-Arzt

<b>Verordnung</b> zur Durchführung einer <b>Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)</b> - UV-Träger -	
Unfallversicherungsträger	Mit der Therapie darf erst begonnen werden, sobald die Kostenübernahme-Erklärung des UV-Trägers vorliegt. Diese Verordnung umfasst 2 Wochen. Zur Fortführung ist eine neue Verordnung des D-/H-Arztes notwendig. - Hinweis siehe Folgeseite -
Name, Vorname des Versicherten	
Geburtsdatum	
Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)	
Vollständige Anschrift des Versicherten	Die Durchführung der EAP ist in folgender zugelassener Einrichtung vorgesehen:
Unfalltag	
<b>Diagnose:</b>	<b>Verordnung:</b>
	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik * <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie * <input type="checkbox"/> Medizinische Trainingstherapie **
OP-Datum:            Art der operativen Versorgung:            Ggf. bekannte Vorschäden o. Erkrankungen:	
Beigefügt ist: <input type="checkbox"/> Entlassungsbericht	
* : Isolierte Krankengymnastik oder Physikalische Therapie ist grundsätzlich mit dem Vordruck F 2400 zu verordnen ** : Die Medizinische Trainingstherapie kann innerhalb der EAP auch isoliert verordnet werden	
<b>Therapieziel:</b> Steigerung von	
<input type="checkbox"/> Beweglichkeit <input type="checkbox"/> Kraft <input type="checkbox"/> Koordination <input type="checkbox"/> Ausdauer	
Ziel (Neutral-0-Methode):    Ziel:            Ziel:            Ziel:	
<input type="checkbox"/> Andere (Art und Umfang angeben) Ziel:	<b>Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information! Nicht maßstabsgetreu!!! Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!</b>
<b>Therapiehinweise:</b> (Limitierung von Bewegung und Belastung, besondere Beachtung von)	
<b>Behandlungsbeginn:</b>	
<input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> am (Datum):	
<b>Behandlungssequenz:</b>	
<input type="checkbox"/> 5 Tage/Woche <input type="checkbox"/> 4 Tage/Woche <input type="checkbox"/> 6 Tage/Woche	
<b>Arbeitsfähigkeit</b> besteht während der EAP: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Wiedervorstellung</b> zur Kontrolluntersuchung bei mir am: (spätestens 14 Tage nach Behandlungsbeginn)	
<b>Datum</b> <b>Unterschrift des D-/H-Arztes</b> <b>Stempel des D-/H-Arztes</b>	

**Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!  
Nicht maßstabsgetreu!!!  
Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!**

**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		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			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

**Achtung: Muster!!! Nur zur Vorab-Information!  
Nicht maßstabsgetreu!!!  
Bitte nicht als Druckvorlage verwenden!!!**

**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)