

# BGSW-Kurzbericht

Unfallversicherungsträger		Bitte zusammen mit der Anlage 1 (Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung) und der BGSW-Verordnung (F 2150) der versicherten Person für den D-Arzt/die D-Ärztin mitgeben und unverzüglich an den Unfallversicherungsträger senden. Therapieplan F 2158 beifügen.			
Name, Vorname der versicherten Person					Geburtsdatum
Beschäftigt als	Seit				
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der pflegebedürftigen Person)					
Vollständige Anschrift der versicherten Person		Telefon-Nr. der vers. Person	Staatsangehörigkeit	Geschlecht	
Unfalltag	Az. des UV-Trägers				
Diagnosen:	ICD 10	Behandlungsergebnisse (insbesondere mit Bezug auf Funktions- und Fähigkeitsstörungen)			
Letzte Medikation und Applikationsform:					
Als arbeitsfähig entlassen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
<b>Vorschläge</b> (Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.)					
<input type="checkbox"/> Operation, stationär		<input type="checkbox"/> Operation, ambulant			
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung		<input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung			
<input type="checkbox"/> Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)		<input type="checkbox"/> Physikalische Behandlung	<input type="checkbox"/> Ergotherapie		
<input type="checkbox"/> Neuropsychologie/Psychotherapie		<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport		
<input type="checkbox"/> Einschaltung der Berufshilfe		<input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes/berufsfördernde Leistungen	<input type="checkbox"/> Arbeitstherapie, stufenweise Wiedereingliederung		
<input type="checkbox"/> Kfz-Hilfe		<input type="checkbox"/> Wohnungshilfe	<input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung		
<input type="checkbox"/> Pflege		<input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege	<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe		
<input type="checkbox"/> Weiterbehandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik:					
<b>Angekreuztes ggf. erläutern</b>					

## Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_ Entlassungsdatum: \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik

Gebühr für BGSW-Kurzbericht mit Anlage 1 ist in Gebühr für BGSW-Ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht F 2160 enthalten.

	<b>Institutionskennzeichen (IK)</b>
--	-------------------------------------

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zum BGSW-Kurzbericht (Anlage 1)

### A. Letzte berufliche Tätigkeit

#### Prognose:

Die versicherte Person wird nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation voraussichtlich wieder fähig sein, ihre/seine bisherige berufliche Tätigkeit auszuüben.

- Ja, ohne wesentliche Einschränkungen (wettbewerbsfähig und auf Dauer)
- Ja, mit wesentlichen Einschränkungen (wie im Leistungsbild unter **B** beschrieben)
- Nein (Begründung muss aus dem Leistungsbild unter **B** hervorgehen)
- Noch nicht absehbar (Begründung erforderlich unter B.3)

### B. Positives und negatives Leistungsbild (bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt)

- Nur ausfüllen, falls unter A. die Nummern 2. oder 3. angekreuzt sind. -

#### 1. Positives Leistungsbild: Folgende Arbeiten können verrichtet werden:

körperliche Arbeitsschwere	<input type="checkbox"/> schwere	<input type="checkbox"/> mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte		
Arbeitshaltung	Im Stehen:	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	im Gehen:	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	im Sitzen:	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> überwiegend <input type="checkbox"/> zeitweise

#### 2. Negatives Leistungsbild: Einschränkungen beziehen sich auf:

(Art und Ausmaß müssen differenziert unter Ziffer 3 beschrieben werden)

<input type="checkbox"/>	<b>geistig/psychische Belastbarkeit</b> (Zu beachten sind insbesondere Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge.)
<input type="checkbox"/>	<b>Sinnesorgane</b> (Zu beachten sind insbesondere Seh-, Hör-, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen.)
<input type="checkbox"/>	<b>Bewegungs-/Haltungsapparat</b> (Zu beachten sind insbesondere Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Standunsicherheit, Zwangshaltungen.)
<input type="checkbox"/>	<b>Gefährdungs- und Belastungsfaktoren</b> (Zu beachten sind insbesondere Nässe, Zugluft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen und Allergene, Lärm > 85 dB, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten.)

#### 3. Beschreibung des Leistungsbildes (insbesondere der unter Ziffer 2. genannten Einschränkungen):

#### 4. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit ausgeübt werden kann.

- unter 3 Stunden                       3 Stunden bis unter 6 Stunden                       6 Stunden und länger