|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | Ihr Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  | […] |
|  |  |  |  | Unser Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihr Ansprechpartner: |  | […] |
|  |  |  |  | Telefon: |  | […] |
|  |  |  |  | Fax: |  | […] |
|  |  |  |  | E-Mail: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Datum: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |

Name, Vorname: […] geb.: […]

Ereignis/Unfalltag: […]

**Auskunft Klärung Arbeitsunfall**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Ärztliche Behandlung durch Sie wegen der im Anschreiben genannten Beschwerden** | | | |
|  | Datum: | […] | Uhrzeit: | […] |
| 2 | **Beschwerden/Klagen** | | | |
|  | […] | | | |
| 2.1 | **Erstbefund** (auch erhobene Normalbefunde und Verletzungszeichen) | | | |
|  | […] | | | |
| 2.2 | **Bildgebende Befunde** (Röntgen, CT, MRT - falls durchgeführt -) | | | |
|  | […] | | | |
| 3 | **Diagnose** | | | |
|  | […] | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4 | **Behandlung/Heilverlauf** (auch Komplikationen) | | | |
|  | […] | | | |
| 5 | **Erst**angaben der versicherten Person bei Ihnen über die Entstehung des Gesundheitsschadens | | | |
|  | […] | | | |
| 6 | Wenn von der versicherten Person ein Unfall angegeben wurde | | | |
| 6.1 | Wann geschah das (bei der ersten Untersuchung oder wann später)? | | | |
|  | […] | | | |
| 6.2 | Welche Angaben wurden gemacht über | | | |
|  | den **Zeitpunkt des Unfalls** (Tag und Stunde), | | | |
|  | […] | | | |
|  | den **Unfallort** (z. B. Arbeitsstelle, Arbeitsweg), | | | |
|  | […] | | | |
|  | den **Hergang des Unfalls** (ausführliche Schilderung)? | | | |
|  | […] | | | |
| 7 | Ist dieser oder ein ähnlicher Gesundheitsschaden bereits früher behandelt worden? | | | |
|  | Nein  Ja, Name(n) und Anschrift(en) […] | | | |
| 8 | **Dauer der Behandlung bei Ihnen** | | | |
| 8.1 | Abgeschlossen am: […] | | | |
| 8.2 | Voraussichtlich weiter bis: […] | | | |
| 9 | **Dauer der Arbeitsunfähigkeit** | | | |
|  | Vom: […] | bis: […] | | |
| 10 | Sonstige Hinweise | | | |
|  | […] | | | |
| **Datenschutz** Sofern die Behandlung noch andauert, habe ich die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. | | | | |
| […] | | |  |  |
| Ort, Datum | | |  | **Institutionskennzeichen (IK)** |
| […] | | |  | […]  **Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – |
| Unterschrift und Stempel | | |  |  |

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 117) und Auslagen nach der UV-GOÄ