|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung (DAV/VAV/SAV)** | Wählen Sie ein Element aus. | Lfd. Nr. |
| […] |
| Unfallversicherungsträger | Eingetroffen am | Uhrzeit |
| […] | […] | […] |
| Name der versicherten Person | Vorname | Geburtsdatum | Krankenkasse | Familienversichert | Name des Mitglieds |
| […] | […] | […] | […] | [ ]  Nein [ ]  Ja: keine Kopie an Kasse | […] |
| Vollständige Anschrift | Bei Pflegeunfall Pflegekasse der pflegebedürftigen Person |
| […] | […] |
| Beschäftigt als | Seit | Telefon-Nr.  | Staatsangehörigkeit | Geschlecht |
| […] | […] | […] | […] | […] |
| Unfallbetrieb (Name, Anschrift und Telefon-Nr. des Arbeitgebers, der Kita, der (Hoch-)Schule, der pflegebedürftigen Person) |
| […] |
| Unfalltag |  |
| […] |  |
| **Stationäre Behandlung** vom […] bis […][ ]  Erstbehandlung nach Unfall [ ]  FolgebehandlungGrund der stationären Folgebehandlung: […][ ]  Entlassung nach Hause oder [ ]  Verlegung nach […], weil […] (z. B. Probleme bei häuslicher Versorgung, Schwere der Verletzung) |
| 1.1 Diagnose **- Freitext -**(Bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.) |
| […] |
| 1.2 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die weitere Behandlung von Bedeutung sein können |
| […] |
| 1.3 Therapie |
| […] |
| 1.4 Unfallhergang/Anamnese |
| […] |
| 1.5 Beschwerden/Klagen bei Aufnahme |
| […] |
| 1.6 Aufnahmebefunde (funktionell/Bildgebung/Labor, etc.) |
| […] |
| 1.7 Behandlungsverlauf während stationärer Behandlung (ggf. OP-Bericht beifügen) |
| […] |
| 1.8 Entlassungsbefunde (funktionell/Bildgebung/Labor, etc.) |
| […] |
| 1.9 Therapieempfehlungen (inklusive Medikation, ggf. weitere Diagnostik) |
| […] |
| 2 Sind Komplikationen oder Verzögerungen im Heilverlauf eingetreten? |
| [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
| 3 Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?[ ]  Nein[ ]  Ja[ ]  VAV nach Ziffer […][ ]  SAV nach Ziffer […] |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Unfalltag: | Lfd. Nr. |
| […], […] | […]  | […]  | […]  |

|  |
| --- |
| 4 Weiterbehandlung erfolgt[ ]  durch mich[ ]  durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben |
| […] |
| 5 Gibt es Hinweise für eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung? |
| [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […]Wurden deshalb Maßnahmen veranlasst?[ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
| 6 Sind Reha-Maßnahmen erforderlich (z. B. Physiotherapie, EAP, ABMR, BGSW)? |
| [ ]  Nein [ ]  Ja […], ab […] Wo? […]Wurden Verordnungen ausgestellt? [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
| 7 Sind besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Schuhversorgung, Verordnung von Hilfsmitteln, Schulbeförderung) erforderlich? |
| [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […]Wurden Verordnungen ausgestellt? [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
| 8 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit |
| Die versicherte Person ist [ ]  arbeitsfähig ab Tag nach Entlassung [ ]  weiter arbeitsunfähig, voraussichtlich arbeitsfähig ab: […] |
| 9 Bestehen Bedenken, dass die versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit dauerhaft wieder ausüben kann?[ ]  Nein [ ]  Ja, weil […] |
| [ ]  Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil […] |
| 10 Ist eine stufenweise Wiedereingliederung erforderlich? |
| [ ]  Nein [ ]  Ja, voraussichtlich ab […][ ]  Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil […] |
| 11 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Schul- und Schulsportfähigkeit, Kontextfaktoren, besondere Umstände) |
| […]  |
| Datenschutz:Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. |
|  |
| Datum | Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes |
| […] | […] |

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger

Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt

Eigenbedarf