

M-Arzt-Verlaufsbericht

– UV-Träger –

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, BV		Eingetroffen am			Uhrzeit	
Name der versicherten Person	Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	Familienversichert	Name des Mitglieds	
			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine Kopie an Kasse			
Vollständige Anschrift			Weitere (Haupt-) Tätigkeit (z.B. Studium, Anstellung, Selbständigkeit)			
Bereich Sport: Beschäftigt als		Seit	Telefon-Nr.	Staatsangehörigkeit	Geschlecht	

Unfallbetrieb (Name, Anschrift und Telefon-Nr. des Vereins / Sportunternehmens)

Unfalltag

Anlass der Berichterstattung

- Wiedervorstellung durch andere Ärztin/anderen Arzt Wiedervorstellung auf eigene Veranlassung Anforderung durch VBG
- Übernahme in besondere Heilbehandlung ab durch
- Besonderheiten im Heilverlauf (§ 16 ÄV):
 Es sind Komplikationen eingetreten
- Hinweise zur beruflichen Wiedereingliederung (§ 17 ÄV) in den Hauptberuf (Sport oder sonstige Tätigkeit)

Allgemeine Heilbehandlung

Aktueller Befund und bisheriger Verlauf/ggf. Behandlungsvorschlag

- Die versicherte Person verbleibt in allgemeiner Heilbehandlung bei und ist
 sportfähig sportunfähig voraussichtlich bis arbeitsfähig für die weitere Tätigkeit (s. o.) arbeitsunfähig voraussichtlich bis

Erneute Wiedervorstellung ist aus medizinischen Gründen erforderlich am , sofern dann noch Sport-/Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte; bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde der versicherten Person bekannt gegeben.

Nur bei Einleitung oder Fortführung besonderer Heilbehandlung ab hier weiter mit Punkt 1:

Besondere Heilbehandlung

1 Befund

1.1 Aktuelle Beschwerden/Klagen

1.2 Behandlungsverlauf (ggf. OP-Bericht beifügen)

1.3 Aktuelle klinische Untersuchungsbefunde

1.4 Ergebnis zusätzlicher bildgebender Diagnostik

1.5 Aktuelle Diagnose/Konkretisierungen der bisherigen Diagnose – Freitext –

AO-Klassifikation

ICD 10

2 Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?

- Nein
 Ja
 VAV nach Ziffer
 SAV nach Ziffer

3 Sind weitere Maßnahmen zur Diagnostik und Heilbehandlung vorgesehen?

- Nein Ja, welche?

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?

