

M-Arzt-Erstbericht

- VBG -

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, BV			Eingetroffen am _____ Uhrzeit _____					
Name der versicherten Person		Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	Familienversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine Kopie an Kasse	Name des Mitglieds		
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)								
1 Unfalltag	Uhrzeit	Unfallort	Beginn der Sporttätigkeit Uhr	Ende der Sporttätigkeit Uhr				
2 Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist								
3 Verhalten der versicherten Person nach dem Unfall								
4.1 Art der ersten (nicht m-ärztlichen) Versorgung			4.2 Erstmals ärztlich 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								
5.1 Beschwerden/Klagen								
Bei Handverletzung								
Gebrauchshand (Wurf- oder Schlaghand) <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links								
5.2 Klinische Untersuchungsbefunde								
Ergänzungsbericht beigefügt wegen								
<input type="checkbox"/> Kopfverletzung <input type="checkbox"/> Knieverletzung <input type="checkbox"/> Schulterverletzung								
6 Ergebnis bildgebender Diagnostik								
Bei Polytrauma/weiteren schweren Verletzungen ISS								
7 Erstdiagnose - Freitext (Änderungen/Konkretisierungen unverzüglich nachmelden, bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.)								
AO-Klassifikation Region Knochen Schwere <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"><tr><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td><td style="width:33%;"></td></tr></table>								
ICD 10 <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"><tr><td></td></tr></table>								
8 Art der m-ärztlichen Versorgung								
9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können								
10 Ergeben sich aus Hergang und Befund Zweifel an einem Arbeitsunfall? Wenn ja, ist eine Kopie des M-Arztberichts auszuhändigen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil _____								
11 Art der Heilbehandlung								
<input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung		Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> VAV nach Ziffer <input type="checkbox"/> SAV nach Ziffer		<input type="checkbox"/> Es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil _____				
12 Weiterbehandlung erfolgt								
<input type="checkbox"/> durch mich <input type="checkbox"/> durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben _____								
13 a Beurteilung der Sportfähigkeit				14 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?				
<input type="checkbox"/> Sportfähig <input type="checkbox"/> Sportunfähig ab _____		<input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder sportfähig ab _____ <input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate sportunfähig		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird				
13 b Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (für evtl. weitere Tätigkeit, siehe oben)								
<input type="checkbox"/> Arbeitsfähig <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab _____		<input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab _____ <input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig						
15 Wiedervorstellung ist erforderlich, sofern dann noch Sport- bzw. Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte , am _____ ; bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde der versicherten Person bekannt gegeben.								

16 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)		
17 Sind Reha-Maßnahmen erforderlich (z. B. Physiotherapie, EAP)?		
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	, ab _____ Wo?
Datum	Name und Anschrift der M-Ärztin/des M-Arztes	IK-Nr.

Weitere Ausführungen der M-Ärztin/ des M-Arztes

DGUV-Ergänzungsberichte nicht vergessen!	
F 1002 Kopfverletzung	F 1006 Schulterverletzung
F 1004 Knieverletzung	

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

Bitte beachten Sie:

Bei folgenden Verletzungen ist der M-Arzt zur Einleitung besonderer Heilbehandlung berechtigt:

1. Offene, scharfrandige bis in die Muskulatur hineinreichende Weichteilverletzungen ohne Nerven- und Sehnenbeteiligung
2. Lokalisierte, oberflächennahe, einschmelzende Entzündungen nach Unfallverletzungen, ohne Gelenkbeteiligung
3. Muskelrisse, die keine operative Behandlung erfordern
4. Schwere Prellungen, Quetschungen, Stauchungen und Zerrungen von Gelenken mitintraartikulärer oder stark periartikulärer Blutung mit Ausnahme von Schulter- und Kniegelenk
5. Posttraumatische Knochenmarködemsyndrome ohne dissezierende Osteochondrose
6. Knochenbrüche, ohne artikuläre oder periartikuläre Frakturen, offene Frakturen, kindliche Frakturen oder Frakturen mit Indikation zur internen Osteosynthese
7. Verrenkungen mit Ausnahme von Verrenkungen des Schulter- und Kniegelenkes

Darüber hinaus gehende Verletzungen sowie Verletzungen nach dem Verletzungsartenverzeichnis bedürfen zwingend der Vorstellung beim Durchgangsarzt bzw. in einer VAV-/SAV-Einrichtung.

Verteiler

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft

Eigenbedarf

Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei familienversicherten Personen

Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Nr. 132 UV-GOÄ. Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.