

# M-Arzt-Verlaufsbericht - VBG -

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?

6 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls oder für den Heilverlauf von Bedeutung sein können, soweit nicht bereits im M-Arzt-Bericht beschrieben

7 Sind Reha-Maßnahmen erforderlich (z. B. Physiotherapie, EAP, ABMR, BGSW)?

Nein  Ja , ab Wo?

8 Sind besondere Maßnahmen (z. B. Hilfsmittel) erforderlich, ggf. auch für die weitere (Haupt-) Tätigkeit?

Nein  Ja, welche?

9 Beurteilung der Sport-/Arbeitsfähigkeit / Behandlungsbedürftigkeit

Die versicherte Person ist  weiter sportfähig  weiter arbeitsfähig für die weitere Tätigkeit

weiter sportunfähig voraussichtlich bis  weiter arbeitsunfähig voraussichtlich bis

Die Behandlung ist voraussichtlich abgeschlossen am:

10 Bestehen Bedenken, dass die versicherte Person ihre bisherige Sporttätigkeit oder die weitere (Haupt-) Tätigkeit dauerhaft wieder ausüben kann?

Nein  Ja, weil

Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil

11 Ist eine stufenweise Wiedereingliederung in das Training erforderlich, ggf. auch für die weitere (Haupt-) Tätigkeit (Belastungserprobung)?

Nein  Ja, voraussichtlich ab

12 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)

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

Datum

Name und Anschrift der M-Ärztin/des M-Arztes

IK-Nr.

Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Nr. 115 UV-GOÄ, Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

**Verteiler**

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft

Eigenbedarf