

Handchirurgischer Bericht

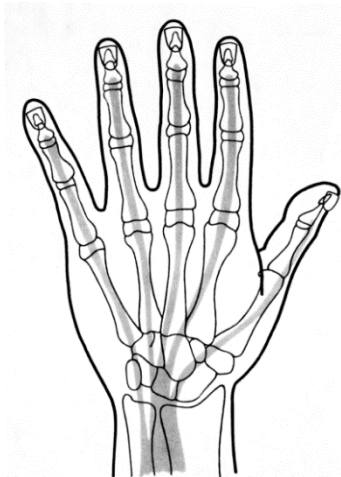
- UV-Träger -

Lfd. Nr.

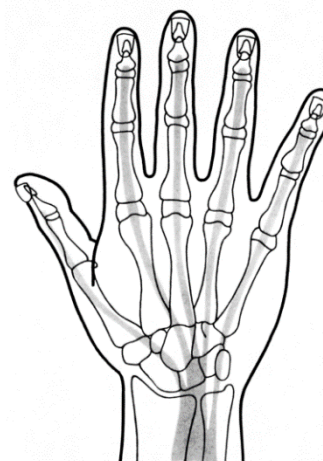
(Nur zu verwenden von Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 Ärztevertrag, die nicht D-Arzt sind)

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit			
Name der versicherten Person		Vorname	Geburtsdatum		Krankenkasse	Familierversichert		Name des Mitglieds	
						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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)									
1 Unfalltag	Uhrzeit		Unfallort		Beginn der Arbeitszeit		Ende der Arbeitszeit		
					Uhr		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 durchgangsärztlichen) 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?
5.1 Beschwerden/Klagen									Blutentnahme? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
								Gebrauchshand	
								<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links	
5.2 Klinische Untersuchungsbefunde									
6 Ergebnis bildgebender Diagnostik									
7 Erstdiagnose - Freitext - (Änderungen/Konkretisierungen unverzüglich nachmelden, bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.)									
								AO-Klassifikation	
								ICD 10	
8 Art der handchirurgischen 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 Durchgangsarztberichts auszuhändigen. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weil									
11 Art der Heilbehandlung			Bei Vorliegen einer Verletzung nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses (besondere Heilbehandlung)			Es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil			
<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Allgemeine Heilbehandlung (keine Verletzung nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses) <input type="checkbox"/> Besondere Heilbehandlung (Verletzung nach Ziffer 8) <input type="checkbox"/> Stationär (besondere Heilbehandlung)			<input type="checkbox"/> VAV nach Ziffer 8 <input type="checkbox"/> SAV nach Ziffer 8						
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 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit						14 Ist die Zuziehung weiterer Ärztinnen/Ärzte zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?			
<input type="checkbox"/> Arbeitsfähig <input type="checkbox"/> Voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig ab <input type="checkbox"/> Voraussichtlich länger als 3 Monate arbeitsunfähig						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zugezogen wird			
15 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Kontextfaktoren, besondere Umstände)									
Datum			Name und Anschrift (Stempel) der behandelnden Ärztin/des Arztes			Unterschrift der Ärztin/des Arztes			

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------



Linke Hand außen



Rechte Hand außen

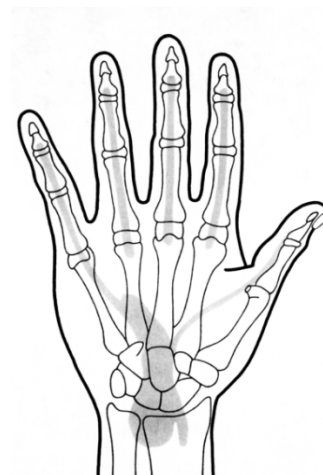
L

Bitte hier zusätzlich Verletzungs-/
Amputationsstelle einzeichnen.

R



Linke Hand innen



Rechte Hand innen

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

Schwere Verletzungen der Hand nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses

(siehe Auszug aus den „Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis unter Einschluss Schwerstverletzungsartenverfahren“ - in der überarbeiteten Version 2.0; Stand 1. Juli 2018 -)

- 8.1 (S) Amputationsverletzungen (auch Avulsionen) einschließlich des Daumenendglieds, ausgenommen singuläre Endgliedamputationen D2 bis D5.
- 8.2 (V) Alle Brüche des ersten Mittelhandknochens. Brüche der Langfinger oder der Mittelhandknochen 2-5 - mit Gelenkbeteiligung - Betroffenheit mehrerer Strahlen - schwere Weichteilverletzungen entsprechend 1.5 (V).
- 8.3 (V) Brüche einzelner Handwurzelknochen bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit.
- 8.3 (S) **Verletzungen der Handwurzel bei – Brüchen mehrerer Handwurzelknochen – singulären oder mehrfachen Bandverletzungen – Verrenkungen – Verrenkungsbrüchen.**
- 8.4 (S) **Verletzungen der Stammnerven und der funktionell bedeutsamen Nerven – Nervus medianus – Nervus ulnaris – Ramus profundus – Nervus radialis – Fingernerven z. B. in der Greifzone des Daumens, des Zeigefingers oder der Außenseite des Kleinfingers.**
- 8.5 (S) **Gefäßverletzungen an Fingern, Hand oder Unterarm mit akuten oder drohenden Ernährungsstörungen, auch bei abzuklärender Operationsnotwendigkeit.**
- 8.6 (V) Verletzungen an der Hand (auch am Unterarm): – einer oder mehrerer Beugesehnen außerhalb (proximal) der Zonen I-III – mehrerer Strecksehnen.
- 8.6 (S) **Beugesehnenverletzungen in den Zonen I-III**
- 8.7 (S) **Alle Verletzungen an der Hand (auch am Unterarm) bei – tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen (siehe auch Ziffer 11) – Hochdruckeinspritzverletzungen.**

Nur in diesen Fällen kann besondere Heilbehandlung eingeleitet und durchgeführt werden.

Sie erhalten eine Berichtsgebühr nach Nr. 140 UV-GOÄ. Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

Verteiler

Unfallversicherungsträger

Eigenbedarf

Krankenkasse (Kurzbericht), nicht bei familienversicherten Personen