|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ärztliche Unfallmeldung** | **Auswahl** | 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 | Uhrzeit | Unfallort | Beginn der Arbeitszeit | Ende der Arbeitszeit |
| […] | […] | […] | […] | Uhr | […] | Uhr |
| Vorstellungspflicht bei einer Durchgangsärztin/einem Durchgangsarzt |
| [ ]  Die versicherte Person wird am | […] | bei der D-Ärztin/dem D-Arzt (bitte genaue Anschrift angeben) |
|  | […] | vorgestellt, weil |
|  | [ ]  die Unfallverletzung über den Unfalltag hinaus zur Arbeitsunfähigkeit führt, |
|  | [ ]  die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt, |
|  | [ ]  die Verordnung von Heilmitteln (z. B. Physiotherapie) oder Hilfsmitteln (z. B. Gehstützen) erforderlich ist,  |
|  | [ ]  eine Wiedererkrankung an Unfallfolgen vorliegt. |
| [ ]  Eine Vorstellungspflicht bei einer D-Ärztin/einem D-Arzt besteht nicht, weil keine der oben aufgeführten Voraussetzungen erfüllt ist. |
| 1. Angaben der versicherten Person zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist |
| […] |
| 2. Beschwerden/Klagen |
| […] |
| 3. Kurze Angabe des Befundes (ggf. mit Ergebnis bildgebender Diagnostik) |
| […] |
| 4. Diagnose |
| […] |
| 5. Art der Erstversorgung |
| […] |
| 6. Ist weitere **allgemeine Heilbehandlung** erforderlich? |
| [ ]  Nein[ ]  Ja,[ ]  durch mich[ ]  durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben |
| […] |
| Ort, Datum | Unterschrift | Anschrift/Stempel |
| […] |  | […] |
|  |  |  |  |  |
|  | […] |  |
| **Datenschutz:**Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |

**Abrechnung**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Berichtsgebühr nach Nr. | 125 | UV-GOÄ |  | […]EUR |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Besondere Kosten** |
| Ärztliche Leistung nach Nr. | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | […] EUR |  |
|  nach Nr. | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | […] EUR |  |
|  nach Nr. | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | […] EUR |  |
|  nach Nr. | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | […] EUR |  |
|  nach Nr. | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | […] EUR |  |
|  nach Nr. | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | […] EUR |  |
|  nach Nr. | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | […] EUR |  |
|  nach Nr. | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | […] EUR |  |
|  nach Nr. | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | […] EUR |  |
|  nach Nr. | […] | UV-GOÄ |  | […] EUR |  | […] EUR |  |
| Summe Besondere Kosten |  | […] EUR |  |  |  |
| Porto |  |  | […] EUR |  |
|  |  |  |  |  |
|  | zusammen |  | […] EUR |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Rechnungsnummer[…] | **Institutionskennzeichen (IK)**[…]**Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – |