|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mitteilung Arbeitsfähigkeit/Abschluss besondere Heilbehandlung** | **–** 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) |
| […] |
| 1 Unfalltag |  |
| […] |
| 1 | Die versicherte Person ist |
|  | [ ]  arbeitsfähig ab | […] |  |
|  | (Bei Schülerinnen und Schülern bitte auf die Möglichkeit des Schulbesuchs abstellen.) |
| 2 | Ärztliche Behandlung ist |
| 2.1 | [ ]  zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung ab […] nicht mehr erforderlich. |
| 2.2 | weiterhin erforderlich |
|  | [ ]  durch mich |
|  | [ ]  durch | […] |
|  | Name und Anschrift der behandelnden D-Ärztin/des behandelnden D-Arztes |
|  | [ ]  durch | […] |
|  | Name und Anschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes |
|  | Wiedervorstellung am | […] |
| 2.3 | Die Behandlung erfolgt ab […] zu Lasten der (gesetzlichen) Krankenversicherung. |
| 3 | Die Minderung der Erwerbsfähigkeit beträgt nach vorläufiger Schätzung über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus […] % (auch MdE-Sätze unter 20 % sind anzugeben). |
| 4 | [ ]  Weitere Hinweise für den Unfallversicherungsträger: […] |
| Datenschutz:Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. |
|  |
| Datum | Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes |
| […] | […] |

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger

Eigenbedarf