

Ärztliche Unfallmeldung

- UV-Träger -

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit		
Name der versicherten Person		Vorname	Geburtsdatum		Krankenkasse	Familierversichert		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	Uhrzeit		Unfallort		Beginn der Arbeitszeit		Ende der Arbeitszeit	
					Uhr		Uhr	

Vorstellungspflicht bei einer Durchgangsarztin/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
(nur in diesem Fall bitte weiter mit Pkt. 1 bis 5).

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. 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.

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

Abrechnung

Berichtsgebühr	nach Nr. 125	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	
(entfällt bei Vorstellung bei D-Ärztin/D-Arzt)				
Ärztliche Leistung	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	Besondere Kosten
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
Summe Besondere Kosten			<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
Porto			<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
		zusammen	<u><u>EUR</u></u>	<u>EUR</u>

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

Ärztliche Unfallmeldung

- Eigenbedarf -

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	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
(nur in diesem Fall bitte weiter mit Pkt. 1 bis 5).

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. 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.

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

Abrechnung

Berichtsgebühr	nach Nr. 125	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	
(entfällt bei Vorstellung bei D-Ärztin/D-Arzt)				
Ärztliche Leistung	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	Besondere Kosten
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
Summe Besondere Kosten			<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
Porto			<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
		zusammen	<u><u>EUR</u></u>	<u>EUR</u>

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –