

Ärztliche Unfallmeldung

- UV-Träger -

Lfd. Nr.

| | | | | | | | | | |
|--|---------|---------|-----------------|--------------|--|--|--|----------------------|--------------------|
| Unfallversicherungsträger | | | 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 | | | | | | 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 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Die versicherte Person wird am _____ bei der D-Ärztin/dem D-Arzt (bitte genaue Anschrift angeben) _____ vorgestellt, weil | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> die Unfallverletzung über den Unfalltag hinaus zur Arbeitsunfähigkeit führt, <input type="checkbox"/> die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt, <input type="checkbox"/> die Verordnung von Heilmitteln (z. B. Physiotherapie) oder Hilfsmitteln (z. B. Gehstützen) erforderlich ist, <input type="checkbox"/> eine Wiedererkrankung an Unfallfolgen vorliegt. | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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? | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> durch mich <input type="checkbox"/> 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 <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) – |