|  |  |
| --- | --- |
| **Ärztliche Unfallmeldung** UV-Träger  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) |
| Unfalltag | Uhrzeit | Unfallort | Beginn der ArbeitszeitUhr | Ende der ArbeitszeitUhr |
| 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 |
| 1. 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. |

- 2 -

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Abrechnung** |  |
| Berichtsgebühr | nach Nr. | 125 | UV-GOÄ | EUR |  |
| Ärztliche Leistung | nach Nr. |  | UV-GOÄ | EUR | **Besondere Kosten**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 0 EUR

Porto EUR

zusammen 0 EUR

**Institutionskennzeichen (IK)**

**Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) –

Rechnungsnummer