|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Arbeitszeit  Uhr | | Ende der Arbeitszeit  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 | | | | | | | | | |
| 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