

# Ärztliche Unfallmeldung

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am			Uhrzeit		
Name der versicherten Person		Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	Familienversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine Kopie an Kasse		Name des Mitglieds	
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 Durchgangspraxis/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

6. 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
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
		<p><b>Datenschutz:</b> Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.</p>

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

### Abrechnung

Berichtsgebühr	nach Nr. 125	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	
Ärztliche Leistung	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<b>Besondere Kosten</b> <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>
	nach Nr. _____	UV-GOÄ	<u>EUR</u>	<u>EUR</u>
Summe Besondere Kosten			<u>EUR</u>	←
Porto			<u>EUR</u>	
		zusammen	<u><u>EUR</u></u>	

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