|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ärztliche Unfallmeldung** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | Lfd. Nr. | |
|  | |
| Unfallversicherungsträger | | | | | | | | | | | | | | Eingetroffen am | | | Uhrzeit | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | | | | | | | | Geburtsdatum | | | | | Krankenkasse | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| Beschäftigt als | | | | | | Seit | | | | | | | | Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vollständige Anschrift des Versicherten | | | | | | | | | | | | | | Telefon-Nr. des Versicherten | | Staatsangehörigkeit | | | Geschlecht |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| Unfalltag | | | | | Uhrzeit | | | Beginn der Arbeitszeit | | | | | | Ende der Arbeitszeit | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | Uhr | | |  | Uhr | | | | |
| Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Der Verletzte wird am | | | |  | | | bei 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 beim D-Arzt besteht nicht, weil keine der oben aufgeführten Voraussetzungen erfüllt ist  (nur in diesem Fall bitte weiter mit Pkt. 1). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Kurze Angabe des Befundes (ggf. mit Röntgenergebnis) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Diagnose | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Ist weitere **allgemeine Heilbehandlung** erforderlich? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nein  ja  durch mich  durch anderen Arzt (bitte genaue Anschrift angeben) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ort, Datum | | | | | Unterschrift | | | | | | | | Anschrift/Stempel | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | |  | |  |
|  | | |  | | | | | | |  | | |
| **Datenschutz:**  Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | |  | |  |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Abrechnung**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Berichtsgebühr nach Nr. | | 125 | UV-GOÄ |  | EUR |  |  | | |
| (entfällt bei Vorstellung beim D-Arzt) | |  |  |  |  |  | **Besondere Kosten** | | |
| Ärztliche Leistung 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 |  |
| nach Nr. | |  | UV-GOÄ |  | EUR |  | | EUR |  |
|  | | | |  | EUR |  | | EUR |  |
| Summe Besondere Kosten | | | |  | EUR |  | |  |  |
| Porto |  | | |  | EUR |  | | | |
|  |  | | |  |  |  | | | |
|  | zusammen | | |  | EUR |  | | | |
|  |  | | |  |  |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Rechnungsnummer | **Institutionskennzeichen (IK)**    **Falls kein IK** - Bankverbindung (IBAN und BIC) - |