|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 Vorstellungbeim 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) - |