

# 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	
				Uhr	
				Ende der Arbeitszeit	
				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) 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

<div style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

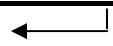
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

**Abrechnung**

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

**Besondere Kosten**

_____	EUR
_____	EUR
_____	EUR
_____	EUR
_____	EUR
_____	EUR
_____	EUR
_____	EUR
_____	EUR
_____	EUR
_____	EUR
_____	EUR



Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK - Bankverbindung -