

Unfallkasse Thüringen  
Postfach 100302  
99853 Gotha

Ihr Zeichen: \_\_\_\_\_  
Ihre Nachricht vom: \_\_\_\_\_  
Ihr/e Sachbearbeiter/in: \_\_\_\_\_  
Unser Zeichen: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Telefax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

## Auskunft Zweifel Arbeitsunfall/Ursachenzusammenhang

1 **Erste ärztliche Inanspruchnahme:**

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

2 **Unfallhergang:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.1 **Verletzung (Erstbefund):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.2 **Befunde:**

(Röntgen, CT, MRT - falls durchgeführt -)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 **Diagnose:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4 Bestanden deutliche Zeichen einer Verletzung oder Gewalteinwirkung?  
Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5 **Erstangaben bei Ihnen über die Entstehung des Gesundheitsschadens:**

[Redacted]

6 Wenn ein Unfall behauptet wird:

6.1 wann geschah das (bei der ersten Untersuchung oder wann später)?

[Redacted]

6.2 aus welchem Anlass?

[Redacted]

6.3 welche Angaben wurden gemacht über den **Zeitpunkt des Unfalls** (Tag und Stunde),

[Redacted]

den **Unfallort** (Arbeitsstelle, Arbeitsweg),

[Redacted]

den **Hergang des Unfalls** (ausführliche Schilderung)?

[Redacted]

7 Haben Sie tatsächliche oder medizinische Bedenken gegen die Richtigkeit der Angaben? Wenn ja, welche?

[Redacted]

8 Ist nach dem Befund eine **spontane** Entstehung wahrscheinlich oder möglich?

[Redacted]

9 Wie hat sich der Gesundheitszustand entwickelt?

[Redacted]

10 **Dauer der Behandlung**

10.1 abgeschlossen am:

[Redacted]

10.2 voraussichtlich weiter bis:

[Redacted]

11 **Dauer der Arbeitsunfähigkeit**

11.1 vom: [Redacted] bis: [Redacted]

11.2 voraussichtlich weiter bis: [Redacted]

12 Ist dieser oder ein ähnlicher Gesundheitsschaden bereits früher behandelt worden? Wenn ja, von wem?

[Redacted]

**Datenschutz:**

Sofern die Behandlung noch andauert, habe ich die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

[Redacted]

Ort, Datum

[Redacted]

**Institutionskennzeichen (IK)**

Falls kein IK - Bankverbindung -

[Redacted]

Unterschrift und Stempel

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 117) und Auslagen nach der UV-GOÄ

F 1110 Auskunft Zweifel Arbeitsunfall/Ursachenzusammenhang