

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 _____

Ausführliche Auskunft

1 Wann nahm der Versicherte Ihre ärztliche Hilfe **erstmalig** in Anspruch?

Datum: _____

Uhrzeit: _____

2 Angaben des Versicherten bei der **ersten** Untersuchung

2.1 über Tag und Stunde des Unfalls: _____

2.2 über den Hergang des Unfalls:

2.3 über die Tätigkeit, bei der sich der Unfall ereignet haben soll:

3 Bestehen Bedenken gegen die Richtigkeit der Angaben?
Welche?

4 Wurde der Versicherte anlässlich des Unfalls **vorher** schon ärztlich behandelt?
Von wem?

- 5 **Ausführliche Schilderung des Befundes bei der ersten ärztlichen Untersuchung:**
Bei Verletzungen des Kopfes, der Brust und des Bauches sind auch alle auf eine Mitbeteiligung eines Organs oder Organsystems hindeutenden typischen Anzeichen und gegebenenfalls die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen anzugeben, auch soweit sie einen normalen Befund ergaben (z. B. Pulsbeschaffenheit, Reflexe).

- 5.1 Wurden durch den Unfall natürliche oder künstliche Zähne beschädigt?
Welche?

- 5.2 Röntgenergebnis, falls Röntgenaufnahme stattfand:

- 5.3 Im Befund inzwischen etwa eingetretene Veränderungen:

- 6 Art der Behandlung (Art der Verbände? Welche Gelenke - unverletzte eingeschlossen - werden von dem Verbande umfasst? Wie lange kommt der Verband voraussichtlich zur Anwendung? Bei Sehnen- und Nervendurchtrennung: Ist Wiedervereinigung durch Naht erfolgt?):

7 Bisheriger Heilverlauf unter Angabe etwaiger Heilkomplikationen (hier sind auch solche Komplikationen anzugeben, die auf das Verhalten des Versicherten zurückzuführen sind):

[Redacted text area for question 7]

8 Findet regelmäßig ärztliche Behandlung statt? ja nein

Wie oft?

Wann zuletzt?

[Redacted text area for question 8]

9 Findet Übungs- und Nachbehandlung statt? ja nein

Wenn ja: Welcher Art?

Durch wen?

Wie oft?

[Redacted text area for question 9]

10 Wann wurde die Behandlung abgeschlossen:

Oder

wie lange dauert sie voraussichtlich noch:

[Redacted text area for question 10]

11 Von wann bis wann bestand Arbeitsunfähigkeit:

Oder

wie lange dauert sie voraussichtlich noch:

[Redacted text area for question 11]

12 Bestehen **unabhängig** vom Unfall Krankheiten, die für die Beurteilung des Versicherungsfalls von Bedeutung sein können?

nein

ja; welche?

[Redacted text area for question 12]

12.1 Anschrift des Arztes, der Auskunft geben kann:

[Redacted text area for question 12.1]

Datenschutz:

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

[Redacted signature line]

Ort, Datum

[Redacted signature line]

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK - Bankverbindung -

[Redacted text area for institutions/signature]

Unterschrift und Stempel

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 119) und Auslagen nach der UV-GOÄ

F 1114 Ausführliche Auskunft, allgemein