

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?

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



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

[Redacted area for question 7]

8 Findet regelmäßig ärztliche Behandlung statt?  ja  nein

Wie oft?

Wann zuletzt?

[Redacted area for question 8]

9 Findet Übungs- und Nachbehandlung statt?  ja  nein

Wenn ja: Welcher Art?

Durch wen?

Wie oft?

[Redacted area for question 9]

10 Wann wurde die Behandlung abgeschlossen:

Oder

wie lange dauert sie voraussichtlich noch:

[Redacted area for question 10]

11 Von wann bis wann bestand Arbeitsunfähigkeit:

Oder

wie lange dauert sie voraussichtlich noch:

[Redacted area for question 11]

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

nein

ja; welche?

[Redacted area for question 12]

12.1 Anschrift des Arztes, der Auskunft geben kann:

[Redacted area for question 12.1]

**Datenschutz:**

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

[Redacted area]  
\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

[Redacted area]  
\_\_\_\_\_  
**Institutionskennzeichen (IK)**

Falls kein IK - Bankverbindung -

[Redacted area for bank connection]

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

\_\_\_\_\_

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

F 1114 Ausführliche Auskunft, allgemein