

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 Augen

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

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

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

2 Angaben 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?

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



5.4 **Diagnose**, wenn einwandfrei zu stellen:

[Empty text area for diagnosis]

6.1 Muss das verletzte Auge entfernt werden?

[Empty text area for question 6.1]

6.2 Wird am verletzten Auge voraussichtlich ein Schaden zurückbleiben?  
Welcher?

[Empty text area for question 6.2]

7 Sind die unter 5.1 - 5.3 beschriebenen Krankheitserscheinungen sämtlich und lediglich als Folgen des unter 2 angegebenen Unfalls anzusehen?

[Empty text area for question 7]

8 Welche Veränderungen sind nicht Folgen des Unfalls? (Genau Bezeichnung der Veränderungen und Angabe der Diagnose dieses Krankheitsbildes.)

[Empty text area for question 8]

9 Art der Behandlung:

[Empty text area for question 9]

10.1 Wurde zur Klärung der Diagnose oder zur Feststellung des Behandlungsplanes ein Augenfacharzt zugezogen?

[Redacted]

10.2 Welcher?

[Redacted]

10.3 Die Hinzuziehung eines Augenfacharztes zur Beratung oder Behandlung konnte unterbleiben, weil

[Redacted]

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

[Redacted]

12 Sofern die Korrektur mit Kontaktlinse erfolgt: Bestehen objektive Gründe für die Unverträglichkeit einer Kontaktlinse?

[Redacted]

13 Wann wurde die Behandlung abgeschlossen:

[Redacted]

Oder

wie lange dauert sie voraussichtlich noch:

[Redacted]

14 Von wann bis wann bestand Arbeitsunfähigkeit:

[Redacted]

Oder

wie lange dauert sie voraussichtlich noch:

[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. 120) und Auslagen nach der UV-GOÄ

F 1116 Ausführliche Auskunft Augen