

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