

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 Komplikationen Gliedmaßenverletzung

1 **Erste** ärztliche Inanspruchnahme:
Datum: _____ Uhrzeit: _____

2 **Unfallhergang:**

2.1 **Verletzung** (Erstbefund):

2.2 **Befunde:**
(Röntgen, CT, MRT - falls durchgeführt -)

3 Sind Knochen, Bänder, Sehnen, Nerven, größere oder wichtige Gefäße, Muskelpartien verletzt, Gelenke oder Sehnnenscheiden eröffnet?
Wenn ja, welche?

4 **Diagnose:**

5 Liegen größere Haut- oder Gewebeschädigungen vor?
Wenn ja, wo?

[Empty text box for question 5]

6 Ist eine **Infektion** eingetreten?
Wenn ja, wo und wie äußert sie sich (Allgemeinzustand, Fieber, erhebliche Schmerzhaftigkeit usw.)?

[Empty text box for question 6]

6.1 Welche Körperteile sind von der Infektion betroffen (besonders: Gelenke, Sehnenscheiden)?

[Empty text box for question 6.1]

7 **Behandlung und Heilverlauf:**
(insbesondere auch Komplikationen)

[Empty text box for question 7]

8 **Dauer der Behandlung**

8.1 abgeschlossen am: [Empty text box]

8.2 voraussichtlich weiter bis: [Empty text box]

9 **Dauer der Arbeitsunfähigkeit**

9.1 vom: [Empty text box] bis: [Empty text box]

9.2 voraussichtlich weiter bis: [Empty text box]

Datenschutz:

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

[Empty text box for location and date]

Ort, Datum

[Empty text box for institutional identification]

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK - Bankverbindung -

[Empty text box for bank connection]

Unterschrift und Stempel

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 113) und Auslagen nach der UV-GOÄ

F1104 Auskunft Komplikationen Gliedmaßenverletzung