

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 _____

Ausführlicher Bericht Knie

1 **Hergang** (möglichst wörtliche Wiedergabe der Schilderung des Versicherten):

2 **Verhalten** nach dem angeschuldigten Ereignis:

2.1 Als Unfall dem Arbeitgeber gemeldet:

nein ja, am

2.2 Zeitpunkt der Arbeitseinstellung:

sofort später, am _____

2.3 Fortbewegung nach Arbeitseinstellung:

zu Fuß mit Fahrrad gefahren worden

2.4 Erste ärztliche Untersuchung:

am _____ um _____ Uhr

durch _____

3 **Beschwerden**

nein

ja, welche: _____

Wenn ja, wann?

sofort später, am _____

4 **Unfallunabhängige** Erkrankungen oder Verletzungen:

Wenn ja, welche?

- 4.1 an dem geschädigten Knie
 nein
 ja,
- 4.2 an dem betroffenen Bein
 nein
 ja,
- 4.3 an anderen Gelenken
 nein:
 ja,
- 4.4 Allgemeinerkrankungen (z. B. Rheuma, Infektions- oder Systemerkrankungen)
 nein
 ja,
- 4.5 Statische Störungen - Fußverbildungen - Varizen
 nein
 ja,
- 4.6 Brückenzeichen zwischen Vorschäden und jetzigen Beschwerden
 nein
 ja,
- 4.7 Wurde oder wird wegen der Vorschäden eine Rente beantragt oder gezahlt?
Wenn ja, wie viel Prozent, Versicherungsträger?
 nein
 ja,

5 **Sportliche Betätigung:**

Wenn ja, welche?

- nein
 ja,

6 **Berufliche Betätigung:**

Wenn ja, wo und wie lange?

- 6.1 Untertage-Tätigkeit
 nein
 ja,
- 6.2 Kniende Tätigkeit
 nein
 ja,

7 **Befund bei der Erstuntersuchung:**

- 7.1 Äußere Verletzungszeichen (Hautdruckmarken, Hautabschürfungen, Wunden)
 nein
 ja, wo:
- 7.2 Blutergussverfärbung
 nein
 ja, wo:
- 7.3 Weichteilschwellung (periartikulär)
 nein
 ja, wo:
- 7.4 Kapselverdickung
 nein
 ja, wo:
- 7.5 Hoffa'scher Fettkörper
 normal vergrößert

7.6 Schleimbeutelbeteiligung
 Wenn ja, wo und welcher Art?

nein
 ja, wo

7.7 Druckempfindlichkeit

nein
 ja, wo:

7.8 Bandapparat:
 Innenbandführung
 Außenbandführung
 Schubladenzeichen
 Bandführung der Gegenseite

normal gelockert
 normal gelockert
 normal vermehrt
 normal
 verändert, wie:

7.9 Zeichen für Meniskusbeteiligung

nein
 ja, welche:

7.10 Gelenkgeräusche:
 Knirschen / Knacken / Reiben

nein ja nein ja

bds. gleich stark

7.11 Bewegungsmaße - Kniegelenk
 Streckung/Beugung (Abb.)



7.12 Umfangmaße:
 Oberschenkel 20 cm oberhalb inn. Kniegelenkspalt
 Kniescheibenmitte

cm: cm:
 cm: cm:

7.13 Gelenkerguss:
 Punktion
 Punktat

nein ja
 nein ja, Menge: ml
 rein blutig frisch alt
 rein serös klar flockig trüb
 blutig serös diffus blutig blutige Beimengungen

7.14 bakteriologisch-mikroskopische Untersuchung
 veranlasst?

nein ja

7.15 BSG
 Bei Punkt 7.14 und 7.15 bitte das Ergebnis mitteilen.

8 **Röntgenbefund**
 (nicht nur knöcherner Verletzungszeichen, sondern auch krankhafte Veränderungen oder Anomalien):

9 **Vorläufige Diagnose:**

[Lined area for preliminary diagnosis]

10 **Bisherige Behandlung:**

[Lined area for previous treatment]

11 Wann wurde die Behandlung abgeschlossen:

[Input field]

Oder

wie lange dauert sie voraussichtlich noch:

[Input field]

12 Von wann bis wann bestand Arbeitsunfähigkeit:

[Input field]

Oder

wie lange dauert sie voraussichtlich noch:

Datenschutz:

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

[Input field]

Ort, Datum

[Input field]

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK - Bankverbindung -

[Lined area for institution identification]

Unterschrift und Stempel

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 121) und Auslagen nach der UV-GOÄ

F 2134 Ausführlicher Bericht Knie