

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 Kopfverletzung

1 Angaben zur Erstbehandlung bei Ihnen:

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Untersuchungsort: Praxis Unfallort Wohnung

2 Angaben von Unfallzeugen

2.1 zum Unfallhergang:

2.2 zum Verhalten des Versicherten unmittelbar nach dem Unfall:

3 Angaben des Versicherten

3.1 zum Unfallhergang:

3.2 Bewusstlosigkeit nein ja; Dauer: _____

3.3 Erbrechen nein ja

4 Beschwerden zum Zeitpunkt Ihrer ersten Inanspruchnahme

4.1 Kopfschmerz nein ja

4.2 Übelkeit nein ja

4.3 Schwindel nein ja

4.4

5 Zustand des Versicherten bei Ihrer ersten Inanspruchnahme

5.1 bewusstlos nein ja; Dauer: _____

5.2 ansprechbar nein ja; Dauer: _____

5.3 unruhig/verwirrt nein ja; Dauer: _____

5.4 Erinnerungslücke nein ja; Dauer: _____

- 5.5 psychische Störungen nein ja; welche? _____
- 5.6 Lähmungen nein ja; welche? _____
- 5.7 Reflex-Differenzen nein ja; welche? _____
- 5.8 Sprachstörungen nein ja; welche? _____
- 5.9 Erbrechen nein ja _____
- 5.10 Atemstörungen nein ja _____
- 5.11 Puls _____ /min.
- 5.12 RR _____ mm Hg
- 5.13 Alkohol-Einfluss nein ja, _____
- 5.14 Schäden an Augen HNO Zähnen: _____
- 5.15 andere Schäden: _____

- 6 **Wurden weitere Ärzte hinzugezogen?** (ggf. bitte Anschrift angeben)
- 6.1 Neurologe: _____
 - 6.2 Augenarzt: _____
 - 6.3 HNO-Arzt: _____
 - 6.4 Zahnarzt: _____
 - 6.5 Andere: _____

7 **Neurotechnische und andere Befunde** (Röntgen, CT, MRT, Echo, EEG, Liquor, EMG, ...) **ggf. bitte beifügen.**

- 8 **Sind unfallunabhängige Krankheiten, insbesondere des Zentralnervensystems bekannt, die für die Beurteilung des Versicherungsfalls von Bedeutung sein können?**
- nein ja; welche? _____

Anschrift des Arztes, der Auskunft erteilen kann:

9 **Bisheriger Verlauf unter Angaben etwaiger Komplikationen:**

- 10 **Dauer der Behandlung**
- 10.1 abgeschlossen am: _____
 - 10.2 voraussichtlich weiter bis: _____

- 11 **Dauer der Arbeitsunfähigkeit**
- 11.1 vom: _____ bis: _____
 - 11.2 voraussichtlich weiter bis: _____

- 12 **Halten Sie Rehabilitationsmaßnahmen für angezeigt?**
- nein ja; welche? _____

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

 Ort, Datum

Institutionskennzeichen (IK)
 Falls kein IK - Bankverbindung -

 Unterschrift und Stempel
 Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 111) und Auslagen nach der UV-GOÄ