



Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

4 Weiterbehandlung erfolgt  
 durch mich  
 durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben

5 Gibt es Hinweise für eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung?  
 Nein  Ja, welche?  
Wurden deshalb Maßnahmen veranlasst?  
 Nein  Ja, welche?

6 Sind Reha-Maßnahmen erforderlich (z. B. Physiotherapie, EAP, ABMR, BGSW)?  
 Nein  Ja, ab \_\_\_\_\_, Wo? \_\_\_\_\_  
Wurden Verordnungen ausgestellt?  Nein  Ja, welche?

7 Sind besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Schuhversorgung, Verordnung von Hilfsmitteln, Schulbeförderung) erforderlich?  
 Nein  Ja, welche?  
Wurden Verordnungen ausgestellt?  Nein  Ja, welche?

8 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit  
Die versicherte Person ist  arbeitsfähig ab Tag nach Entlassung  
 weiter arbeitsunfähig, voraussichtlich arbeitsfähig ab: \_\_\_\_\_

9 Bestehen Bedenken, dass die versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit dauerhaft wieder ausüben kann?  
 Nein  Ja, weil \_\_\_\_\_  
 Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil \_\_\_\_\_

10 Ist eine stufenweise Wiedereingliederung (Belastungserprobung) erforderlich?  
 Nein  Ja, voraussichtlich ab \_\_\_\_\_  
 Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil \_\_\_\_\_

11 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Schul- und Schulsporfähigkeit, Kontextfaktoren, besondere Umstände)

**Datenschutz:**  
Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum	Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes
-------	--

**Verteiler**  
Unfallversicherungsträger  
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt  
Eigenbedarf