|  |
| --- |
| **BGSW-Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht** |
| Unfallversicherungsträger | Bitte ausführlichen Abschlussbericht an denD-Arzt/die D-Ärztin und den Unfallversicherungsträger senden.Bitte fügen Sie eine Kopie des Therapieplans an den Unfallversicherungsträger bei. |
| […] |
| Name, Vorname der versicherten Person | Geburtsdatum |
| […] | […] |
| Beschäftigt als | Seit |
| […] | […] |
| Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der pflegebedürftigen Person) |
| […] |
| Vollständige Anschrift der versicherten Person | Telefon-Nr. der vers. Person | Staatsangehörigkeit | Geschlecht |
| […] | […] | […] | […] |
| Unfalltag | Az. des UV-Trägers |
| […] | […] |
| Erwartet werden **behandlungsrelevante** Angaben zu folgenden Bereichen (soweit nicht bereits in Aufnahme- und Kurzbericht beschrieben):- Fügen Sie bitte zur Quantifizierung der Befunde Skalen und Messblätter bei. - |
| 1. | Diagnosen: |
| […] |
| 2. | Kurze Anamnese: |
| […] |
| 3. | Aufnahme- und Abschlussbefund einschl. Messblätter und funktioneller Status: |
| […] |
| 4. | Kritische Würdigung des Gesamtverlaufs: |
| […] |
| 5. | Sozialmedizinische Epikrise und Nachsorgekonzept (soweit kein BGSW-Kurzbericht erstattet wurde, bitte Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung – Anlage 1 zum BGSW-Kurzbericht – beifügen): |
| […] |
| **Datenschutz:**Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. |
| Aufnahmedatum: | […] | Entlassungsdatum: | […] |  |
| […] | […] |
| Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin, Ansprechpartner/Ansprechpartnerin | Telefon-Durchwahl: |
|  |
| […] |  | […] |
| Datum | Unterschrift des Arztes/der Ärztin | Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik |

Gesamtgebühr für BGSW-Aufnahme-, BGSW-Kurz- und BGSW-Ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht nach UV-GOÄ Nr. 117

|  |  |
| --- | --- |
| Rechnungsnummer[…] | **Institutionskennzeichen (IK)**[…]**Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – |