|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Überweisung des D-Arztes/Handchirurgen** | | | | | | | | | | | | | | | | Lfd. Nr. | |
| […] | |
| Unfallversicherungsträger | | | | | | | | | | Eingetroffen am | | | Uhrzeit | | | | |
| […] | | | | | | | | | | […] | | | […] | | | | |
| Name der versicherten Person | | | Vorname | | | | | Geburtsdatum | | Krankenkasse | Familienversichert | | | | Name des Mitglieds | | |
| […] | | | […] | | | | | […] | | […] | Nein  Ja: keine Kopie an Kasse | | | | […] | | |
| Vollständige Anschrift | | | | | | | | | | Bei Pflegeunfall Pflegekasse der pflegebedürftigen Person | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | […] | | | | | | | |
| Beschäftigt als | | | | | | Seit | | | | Telefon-Nr. | | Staatsangehörigkeit | | | | | Geschlecht |
| […] | | | | | | […] | | | | […] | | […] | | | | | […] |
| Unfallbetrieb (Name, Anschrift und Telefon-Nr. des Arbeitgebers, der Kita, der (Hoch-)Schule, der pflegebedürftigen Person) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Überweisung zur Fachärztin/ zum Facharzt für | | Augenheilkunde | | | | | HNO-Heilkunde | | | Dermatologie | | Neurologie | | | | | |
| Radiologie | | | | | […] | | | | | | | | | | |
| Unfalltag | […] | | | AU bis | […] | | | | Überweisung zur | Klärung der Diagnose | | | | Mitbehandlung | | | |
| **Diagnosen/Verdacht** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Auftrag/Fragestellung** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Untersuchungsrelevante Befunde/Medikation** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ich habe | allgemeine | besondere | Heilbehandlung eingeleitet. |

|  |
| --- |
| **§ 61 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger** |
| Ein Arzt, der nach § 12 hinzugezogen wird, erstattet unverzüglich einen Befundbericht. Dieser ist dem hinzuziehenden Arzt/der hinzuziehenden Ärztin zu übersenden. Der Unfallversicherungsträger erhält eine Kopie. Entsprechendes gilt auch für den von dem Belegarzt/von der Belegärztin nach § 56 Abs. 3 hinzugezogenen Arzt/Ärztin. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| […] |  | […] |
| (Datum) |  | (Stempel und Unterschrift der hinzuziehenden Ärztin/ des hinzuziehenden Arztes) |