|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BGSW-Kurzbericht** | | | | | | | | | | | | | |
| Unfallversicherungsträger | | | | | | | | Bitte zusammen mit der Anlage 1 (Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung) und der BGSW-Verordnung (F 2150) der versicherten Person für den D-Arzt/die D-Ärztin mitgeben und unverzüglich an den Unfallversicherungsträger senden. Therapieplan F 2158 beifügen. | | | | | |
| […] | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| […] | | […] | | | | | | | | | | | |
| Diagnosen: | | ICD 10 | | | | Behandlungsergebnisse  (insbesondere mit Bezug auf Funktions- und Fähigkeitsstörungen) | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | | | |
| […] | | […] | | | | […] | | | | | | | |
| Letzte Medikation und Applikationsform: | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | |
| Als arbeitsfähig entlassen:  ja nein | | | | | | | | | | | | | |
| **Vorschläge** (Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen sind möglich.) | | | | | | | | | | | | | |
| Operation, stationär | | | | | Operation, ambulant | | | | |  | | | |
| Stationäre Behandlung | | | | | Ambulante Behandlung | | | | |  | | | |
| Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) | | | | | Physikalische Behandlung | | | | | Ergotherapie | | | |
| Neuropsychologie/Psychotherapie | | | | | Logopädie | | | | | Rehabilitationssport | | | |
| Einschaltung der Berufshilfe | | | | | Maßnahmen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes/ berufsfördernde Leistungen | | | | | Arbeitstherapie, stufenweise Wiedereingliederung | | | |
| Kfz-Hilfe | | | | | Wohnungshilfe | | | | | Hilfsmittelversorgung | | | |
| Pflege | | | | | Häusliche Krankenpflege | | | | | Haushaltshilfe | | | |
| Weiterbehandelnde/r Ärztin/Arzt/Klinik: […] | | | | | | | | | | | | | |
| **Angekreuztes ggf. erläutern** | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | |
| **Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. | | | | | | | | | | | | | |
| Aufnahmedatum: | […] | | | Entlassungsdatum: | | | […] | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| […] | |  | | | | | | | […] | | | | |
| Datum | | Unterschrift des Arztes/der Ärztin | | | | | | | Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik | | | | |

Gebühr für BGSW-Kurzbericht mit Anlage 1 ist in Gebühr für BGSW-Ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht F 2160 enthalten.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Institutionskennzeichen (IK)**  […] |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

**Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zum BGSW-Kurzbericht (Anlage 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| **A.** | **Letzte berufliche Tätigkeit** |
| **Prognose:** | |
| Die versicherte Person wird nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation voraussichtlich wieder fähig sein, ihre/seine bisherige berufliche Tätigkeit auszuüben. | |
| **1.** | Ja, ohne wesentliche Einschränkungen (wettbewerbsfähig und auf Dauer) |
| **2.** | Ja, mit wesentlichen Einschränkungen (wie im Leistungsbild unter **B** beschrieben) |
| **3.** | Nein (Begründung muss aus dem Leistungsbild unter **B** hervorgehen) |
| **4.** | Noch nicht absehbar (Begründung erforderlich unter B.3) |
| **B.** | **Positives und negatives Leistungsbild (bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt)** |

***- Nur ausfüllen, falls unter A. die Nummern 2. oder 3. angekreuzt sind. -***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Positives** Leistungsbild: Folgende Arbeiten können verrichtet werden: | | | | | | | | | |
| körperliche Arbeitsschwere | | schwere | | mittelschwere | | leichte bis mittelschwere | | | leichte | |
| Arbeitshaltung | | Im Stehen: | ständig  überwiegend  zeitweise | | im Gehen: | | ständig  überwiegend  zeitweise | im Sitzen: | | ständig  überwiegend  zeitweise |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **Negatives** Leistungsbild: Einschränkungen beziehen sich auf: (Art und Ausmaß müssen differenziert unter Ziffer 3 beschreiben werden) |
|  | **geistig/psychische Belastbarkeit** (Zu beachten sind insbesondere Konzentrations-/Reaktionsvermögen, Umstellungs-, Anpassungsvermögen, Verantwortung für Personen und Maschinen, Publikumsverkehr, Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge.) |
|  | **Sinnesorgane** (Zu beachten sind insbesondere Seh-, Hör, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen.) |
|  | **Bewegungs-/Haltungsapparat** (Zu beachten sind insbesondere Gebrauchsfähigkeit der Hände, häufiges Bücken, Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Gang- und Standunsicherheit, Zwangshaltungen.) |
|  | **Gefährdungs- und Belastungsfaktoren** (Zu beachten sind insbesondere Nässe, Zugluft, extrem schwankende Temperaturen, inhalative Belastungen und Allergene,  Lärm > 85 dB, Erschütterungen, Vibrationen, Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, häufig wechselnde Arbeitszeiten.) |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | Beschreibung des Leistungsbildes (insbesondere der unter Ziffer 2. genannten Einschränkungen): |
| […] | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.** | Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit ausgeübt werden kann. | | |
|  | unter 3 Stunden | 3 Stunden bis unter 6 Stunden | 6 Stunden und länger |