|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | Ihr Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  | […] |
|  |  |  |  | Unser Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihr Ansprechpartner: |  | […] |
|  |  |  |  | Telefon: |  | […] |
|  |  |  |  | Fax: |  | […] |
|  |  |  |  | E-Mail: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Datum: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |

Name, Vorname: […] geb.: […]

**Auskunft Behandlung**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Erste** ärztliche Inanspruchnahme: | | | | | |
|  | Datum: | […] | | Uhrzeit: | | […] |
| 2 | **Unfallhergang**: | | | | | |
|  | […] | | | | | |
| 2.1 | **Verletzung** **(Erstbefund)**: | | | | | |
|  | […] | | | | | |
| 2.2 | **Befunde**:  **(Röntgen, CT, MRT - falls durchgeführt -)** | | | | | |
|  | […] | | | | | |
| 3 | **Diagnose**: | | | | | |
|  | […] | | | | | |
| 4 | **Behandlung und Heilverlauf**: **(insbesondere auch Komplikationen)** | | | | | |
|  | […] | | | | | |
| 5 | **Aktueller Verletzungszustand**: | | | | | |
|  | […] | | | | | |
| 6 | **Dauer der Behandlung** | | | | | |
| 6.1 | Abgeschlossen am: […] | | | | | |
| 6.2 | Voraussichtlich weiter bis: […] | | | | | |
| 7 | **Dauer der Arbeitsunfähigkeit** | | | | | |
| 7.1 | vom: […] | | bis: […] | | | |
| 7.2 | Voraussichtlich weiter bis: […] | | | | | |
| **Datenschutz:** Sofern die Behandlung noch andauert, habe ich die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. | | | | | | |
| […] | | | |  |  | |
| Ort, Datum | | | |  | **Institutionskennzeichen (IK)** | |
| […] | | | |  | […]  **Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – | |
| Unterschrift und Stempel | | | |  |  | |

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 110) und Auslagen nach der UV-GOÄ