|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BGSW-Aufnahmebericht** | | | | | | Bitte sofort nach der Aufnahme zusammen mit der | | | | | |
| Unfallversicherungsträger | | | | | | Anlage 1 (Tätigkeitsbeschreibung) an den UV-Träger senden.  Hierher überwiesen von: […]  Die Genehmigung des UV-Trägers zur Überweisung in die BGSW auf dem F 2150 liegt vor:  ja  nein | | | | | |
| […] | | | | | |
| 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, des/der Pflegebedürftigen) | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| Vollständige Anschrift der versicherten Person | | | | | | Telefon-Nr. der vers Person | | | Staatsangehörigkeit | | Geschlecht |
| […] | | | | | | […] | | | […] | | […] |
| Unfalltag | | Az. des UV-Trägers | | | | | | | | | |
| […] | | […] | | | | | | | | | |
| Behandlungsrelevante Diagnosen/Verletzungsfolgen (bitte genaue freitextliche Beschreibung):  - falls abweichend vom F 2150 - | | | | | | | | | | ICD 10 | |
|  | | | | | | | | | |  | |
| […] | | | | | | | | | | […] | |
| Vom o. g. Unfall unabhängige Erkrankungen/Vorschäden, die einen Einfluss auf den Heilverlauf nehmen: - falls abweichend vom F 2150 - | | | | | | | | | | ICD 10 | |
|  | | | | | | | | | |  | |
| […] | | | | | | | | | | […] | |
| Relevante Funktions- und Fähigkeitsstörungen (nach ICF) zu Beginn der BGSW: | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| Ist die versicherte Person rehafähig?  ja  nein, weil […] | | | | | | | | | | | |
| Therapieziele der BGSW-Klinik: | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| Fügen Sie bitte zur Quantifizierung des Befundes ggf. Skalen und Messblätter bei. | | | | | | | | | | | |
| **Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. | | | | | | | | | | | |
| Aufnahmedatum: | […] | | |  | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | […] | | | |
| Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin, Ansprechpartner/Ansprechpartnerin | | | | | | | | Telefon-Durchwahl: | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| […] | |  | | | | | […] | | | | |
| Datum | | Unterschrift des Arztes/der Ärztin | | | | | Anschrift/Stempel der behandelnden Klinik | | | | |

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

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

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

**Tätigkeitsbeschreibung zum BGSW-Aufnahmebericht (Anlage 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Erlernter Beruf: | |
| […] | |
| Vor dem Unfall ausgeübte Tätigkeit: | |
| […] | |
| Wird inzwischen eine Rente vom RV-Träger bezogen? | ja  nein |

Beschreibung der **zuletzt ausgeübten** **beruflichen Tätigkeit** der versicherten Person:

**Art der Tätigkeit:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ständig stehend | an Maschine stehend | Heben u. Tragen von Lasten bis 7 kg |
| vorwiegend auf den Beinen | an Maschine sitzend | Heben u. Tragen von Lasten von 7 - 20 kg |
| gehend und stehend | oft in gebückter Stellung | Heben u. Tragen von Lasten über 20 kg |
| ständig sitzend | oft mit erhobenen Armen | auf Gerüst und Leitern |
| im Wechsel von stehen/gehen/sitzen | oft kniend, hockend | Erfordernis von Schwindelfreiheit |
| Bildschirmarbeitsplatz | andere Zwangshaltungen | Erfordernis von Gleichgewichtssinn |
| Publikumsverkehr | fremd-/ sprachliche Anforderungen | besondere Handfertigkeiten |
|  | Leitungs-/ Führungsaufgaben | ständig beidhändig |

**Regelmäßige Arbeitszeit:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6 Stunden und länger | Einschicht | Fließbandakkord |
| 3 Stunden bis unter 6 Stunden | Zweischicht | Einzelakkord bzw. Stückakkord |
| unter 3 Stunden | Nachtschicht | Gruppenakkord |
|  | Wechselschicht |  |

**Äußere Einflüsse:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Arbeit bei künstlichem Licht | Kälte | starke Staubentwicklung |
| angestrengtes Sehen (Feinarbeit) | Hitze | belästigende Rauchentwicklung |
| Arbeit im Freien | Zugluft | belästigende Gase oder Dämpfe |
| überwiegend witterungsgeschützt | Druckluft | chemische Einflüsse |
| Nässe | starker Lärm | hautempfindliche Arbeiten |
| Tragen von Sicherheitsschuhen | Vibrationen und Erschütterungen |  |

**Sonstiges:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lange Anfahrtszeiten | rasche Entscheidungsfähigkeit | Pkw |
| ständige Konzentration nötig | Anlagensteuerung (Überwachung) | Lkw ohne Hebearbeiten |
| besondere Verantwortlichkeit | Auswärts-Montage | Lkw mit Hebearbeiten |
| besonders gutes Reaktionsvermögen | Reisetätigkeit | sonstige Fahrzeuge |
|  |  | Baumaschinenführer (Kran, Bagger...) |

**Weitere spezifische Belastungen**

|  |
| --- |
| […] |
| […] |
| […] |

|  |  |
| --- | --- |
| Ich bestätige die Angaben |  |
|  | Unterschrift des Patienten/der Patientin |