

III. Ärztliche Behandlung aus Anlass des Unfalls

Erstmalige ärztliche Behandlung am: _____

Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes _____

Name und Anschrift des / der weiterbehandelnden Arztes / Ärzte _____

IV. Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Zur Durchführung der Unfalluntersuchung gem. § 45 Abs. 3 Beamtenversorgungsgesetz:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Entscheidungsbehörde und die Gutachter die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte erhalten und die über mich bei Ärzten, Krankenanstalten und Behörden geführten Untersuchungsunterlagen über die Unfallfolgen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder) zur Einsicht beziehen. Ich stimme der Verwertung dieser Unterlagen zu und entbinde die beteiligten Ärzte/Psychotherapeuten von Ihrer Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift der verletzten Beamtin/des verletzten Beamten/des Hinterbliebenen

V. Befundbericht des behandelnden Arztes

Diese Angaben dienen zur Feststellung des Vorliegens eines Dienstunfalls im Rahmen der Dienstunfallfürsorge nach den beamtenversorgungsrechtlichen Vorschriften (§§ 30 ff. Beamtenversorgungsgesetz). Die Angaben sind nur in dem für diesen Zweck erforderlichen Umfang aufzunehmen.

Name, Vorname
Unfall/Ereignis vom
Erstmalige Vorstellung des Patienten (Datum, Uhrzeit)
Anamnese
Befund
Diagnose
Ergaben sich Anhaltspunkte für vorangegangene Verletzungen, degenerative oder anlagebedingte Veränderungen der geschädigten Körperregion? Wenn ja, bitte kurze Schilderung.

Die Abrechnung des Befundberichtes erfolgt nach GOÄ Nr. 75.

Praxisstempel

Datum

Unterschrift des Arztes