

Name, Vorname:

geb.:

Unfalltag:

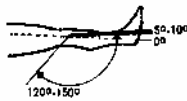
Aktenzeichen:

Anlage zum Bericht Nr.: _____

Ergänzungsbericht - Knie -

- 1 **Unfallhergang:** (Möglichst wörtliche Wiedergabe der Schilderung. Unklare Angaben, z. B. „Um- oder Einknicken“, sind zu erläutern, um möglichst von vornherein eine Vorerkrankung von einer äußeren Gewalteinwirkung abgrenzen zu können.)

2	Verhalten nach dem Ereignis:	
2.1	Als Unfall dem Arbeitgeber gemeldet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am
2.2	Zeitpunkt der Arbeitseinstellung	<input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am
2.3	Fortbewegung nach Arbeitseinstellung	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit Fahrrad <input type="checkbox"/> gefahren worden
2.4	Erste ärztliche Untersuchung	am _____ um _____ durch _____
3	Beschwerden	<input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am welche:
4	Unfallunabhängige Erkrankungen oder Verletzungen nach Angaben des Versicherten:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche?
4.1	an dem geschädigten Knie	
4.2	an dem betroffenen Bein	
4.3	an anderen Gelenken	
4.4	Allgemeinerkrankungen, die auf die Beschwerden Einfluss gehabt haben können	
4.5	Fußverbildungen - Varizen	
4.6	Wurde oder wird wegen der Vorschäden eine Rente beantragt oder gezahlt? Wenn ja, wie viel Prozent, Versicherungsträger?	
5	Sportliche Betätigung (auch gelegentliche Freizeit-Sporttätigkeit erfragen) Wenn ja, welche und wie lange?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
6	Berufliche Betätigung	Wenn ja, wo und wie lange?
6.1	Untertage-Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
6.2	Kniende Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
7	Befund	
7.1	Äußere Verletzungszeichen (Hautdruckmarken, Hautabschürfungen, Wunden)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo:
7.2	Blutergussverfärbung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> frisch <input type="checkbox"/> älter <input type="checkbox"/> abklingend
7.3	Weichteilschwellung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo:
7.4	Kapselverdickung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo:
7.5	Schleimbeutelbeteiligung Wenn ja, wo und welcher Art?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<p>7.6 Grobe Prüfung der Hautwärme</p> <p>7.7 Druckempfindlichkeit</p> <p>7.8 Bandapparat: Innenbandführung Außenbandführung Schubladenzeichen Bandführung der Gegenseite</p> <p>7.9 Einklemmungserscheinungen</p> <p>7.10 Zeichen für Meniskusbeteiligung</p> <p>7.11 Gelenkgeräusche: Knirschen / Knacken / Reiben</p> <p>7.12 Bewegungsmaße – Kniegelenk Streckung/Beugung (Abb.)</p>  <p>7.13 Umfangmaße: Oberschenkel 20 cm oberhalb inn. Kniegelenkspalt Kniescheibenmitte</p> <p>7.14 Gelenkerguss: Punktion Punktat</p> <p>7.15 bakteriologisch-mikroskopische Untersuchung veranlasst?</p> <p>7.16 CRP</p>	<p><input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo:</p> <p><input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> gelockert <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark</p> <p><input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> gelockert <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark</p> <p><input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> vermehrt <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark</p> <p><input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verändert, wie:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p> <p style="text-align: center;">rechts:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> bds. gleich stark</p> <p style="text-align: center;">links:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p style="text-align: center;">cm: cm:</p> <p style="text-align: center;">cm: cm:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p style="text-align: center;">Menge ml</p> <p><input type="checkbox"/> rein blutig <input type="checkbox"/> frisch <input type="checkbox"/> alt</p> <p><input type="checkbox"/> rein serös <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> flockig <input type="checkbox"/> trüb</p> <p><input type="checkbox"/> blutig serös <input type="checkbox"/> diffus blutig <input type="checkbox"/> blutige Beimengungen</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis:</p>
<p>8 Röntgenbefund - soweit nicht im D-(H-)Arztbericht beschrieben: (nicht nur knöcherne Verletzungszeichen, sondern auch krankhafte Veränderungen oder Anomalien beschreiben, in Zweifelsfällen Vergleichsaufnahmen beider Knie)</p>	
<p>9 Diagnose</p>	
<p>10 Behandlung bzw. Behandlungsvorschläge</p>	
<p>11 Sind zur Klärung der Diagnose oder des ursächlichen Zusammenhanges noch weitere Maßnahmen erforderlich (z. B. Kernspintomographie, Arthroskopie, Blutbild, weitere Laborleistungen wie Rheumatest, WaR, feingewebliche Untersuchungen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:</p>
<p>12 Welche Unterlagen sind noch zu beschaffen?</p>	

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum

Unterschrift des D-/H-Arztes

Anschrift/Stempel des D-/H-Arztes

Sie erhalten eine Gebühr nach Nr. 137 UV-GOÄ