

ANAMNESEBOGEN

Arbeitsunfall



Sehr geehrte Patienten,
herzlich willkommen im MVZ Arberland.

Um der Berufsgenossenschaft (BG) alle relevanten Informationen übermitteln zu können, sind die nachfolgenden Daten von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name | Vorname Geburtsdatum

Telefonnummer E-Mail Name Erziehungsberechtigter/Betreuer/Dolmetscher

Hausarzt (Name | Ort)

Der Patient / die Patientin ist am _____ (Datum | Uhrzeit) in der Praxis eingetroffen.

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an

- | | | |
|---|-------------------------------|---|
| Selbstständig und freiwillig BG-pflichtversichert | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bitte BG angeben |
| Beamten-Status – keine BG-Versicherung, sondern GOÄ für Privatkasse | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| BG versichert über Arbeitgeber | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, bitte BG angeben |

BG-Unfallversicherungsträger: _____
Falls Sie den Namen Ihrer BG nicht wissen, bitte wir Sie darum, schnellstmöglich bei Ihrem Arbeitgeber nachzufragen.

Unfalltag: _____ Uhrzeit: _____

Unfallort: _____

Angaben zum Unfallbetrieb / Arbeitgeber

Name | Firma

Anschrift Telefonnummer

Beschäftigt als: _____

Wochenarbeitszeit (Std.): _____

- Tätigkeit überwiegend:
- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> körperlich | <input type="checkbox"/> geistig |
| <input type="checkbox"/> stehend | <input type="checkbox"/> sitzend |

Erlerner Beruf: _____

ANAMNESEBOGEN

Arbeitsunfall

Beginn der Arbeitszeit: _____

Ende der Arbeitszeit regulär: _____

Wie war der Ablauf (Verhalten) nach dem Unfall:

- die Arbeit wurde unterbrochen: _____
- die Arbeit wurde beendet – Arzt aufgesucht
- unter Schonung weitergearbeitet
- Sonstiges: _____

Waren Sie wegen diesem Unfall bereits bei einem Arzt in Behandlung?

- Nein
- Ja, wo und wann? _____
Bitte D-Arztbrief / Verlaufsbericht vorlegen

Angaben zum Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist:

Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Ort / Datum

Unterschrift