



FRAGEBOGEN zur Aufklärung von HWS-Beschwerden nach Verkehrsunfall

Verletzte(r) Name, Vorname	Datum des Unfalls
Uhrzeit	Geburtsdatum
Anschrift	Beruf

1.	Erstuntersuchung/Erstbehandlung Datum: _____ Uhrzeit: _____
	Behandlungszeitraum: _____
	Weiterbehandlung durch: _____
	Vorausgegangene Behandlung Datum: _____ durch: _____
2.	Unfallgeschehen: _____ _ Heckanprall _ auf Hindernis aufgefahren _ Seitenanstoß
	War der Verletzte Kfz-Insasse ? _ ja _ nein _ Fahrer _ Beifahrer _ Rücksitz links_ Rücksitz rechts _ Rücksitz Mitte
	Hatte der Patient den Sicherheitsgurt angelegt? _ ja _ nein Körpergröße ca. _____ cm
	3. Objektive Befunde: Gurtverletzung _ ja _ nein Position/Art _____ Abschürfung _ ja _ nein Position/Art/Umfang _____ Prellmarke, Bluterguss _ ja _ nein Benommenheit _ Schwindel _ Bewusstlosigkeit _ _____ Pathologische Muskelspannung: _____ HWS Beweglichkeit: _____ Neurologische Symptome _____

4.	<p>Subjektive Beschwerden:</p> <p>Erste Beschwerden: _ unmittelbar nach dem Unfall _ ca. _____ Stunden danach</p> <p>Art der Anfangsbeschwerden:</p> <hr/> <hr/>
5.	<p>Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?</p> <p>Röntgenaufnahme der HWS _ Nein _ ja, am _____</p> <p>Kernspintomographie _ Nein _ ja, am _____</p> <p>Computertomographie _ Nein _ ja, am _____</p> <p>Weitere Untersuchungen:</p> <hr/> <hr/>
6.	<p>Decken sich die angegebenen Beschwerden mit Ihrem Befund?</p> <p> _ ja _ nein _ fraglich</p>
7.	<p>Wie lautet Ihre Diagnose?</p> <hr/> <hr/>
8.	<p>Welche Behandlungsmaßnahmen führen Sie durch?</p> <hr/> <hr/>
9.	<p>Was haben Sie verordnet?</p> <hr/> <hr/>
10.	<p>Behandlungs- oder Untersuchungstage:</p> <p>am _____ am _____ am _____ am _____ am _____</p>
11.	<p>Wie war der bisherige Heilungsverlauf?</p> <hr/> <hr/>
12.	<p>Haben Sie den Patienten krankgeschrieben?</p> <p> _ nein _ ja/Dauer _____</p>
13.	<p>In welchem Maße ist bzw. wäre (z.B. Rentner, Schüler etc.) der Patient unfallbedingt arbeitsunfähig gewesen bzw. wird er es in Zukunft sein?</p> <p>von _____ bis _____ zu _____ % von _____ bis _____ zu _____ %</p> <p>von _____ bis _____ zu _____ % von _____ bis _____ zu _____ %</p>
14.	<p>Gibt es Anhaltspunkte für Vorschäden an der HWS, wenn ja welche?</p> <p> _ nein _ ja, und zwar _____</p> <hr/>

15.	Wurde der Patient deshalb von Ihnen schon früher behandelt? _ nein _ ja, Datum _____
16.	Gibt es Auswirkungen der Vorschädigung auf Art und Dauer der Beschwerden _ ja _ nein auf den Heilverlauf _ ja _ nein

Gebühr für diesen Bericht _____ EUR	BLZ	Kontonummer
Kontoinhaber	Geldinstitut	

Ort

Datum

Stempel/Unterschrift Arzt