|  |  |
| --- | --- |
| **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 |