

**Ersteinschätzungsbogen haftpflichtversicherter Patient für die Rehabilitationsorganisation
durch die Zentrale Koordinierungsstelle der Akademie der Unfallchirurgie GmbH**

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Unfalltag _____ Kennzeichen Unfallgegner _____

Erhebungsdatum _____

Name und Unterschrift _____

Unfallhergang (Text)

Zuständiges Klinikum, Akutphase:

Unfalldiagnose(n) (Text ggfs. mit AO-Klassifikation oder ICD-10)

Nebendiagnosen (Text ggfs. mit AO-Klassifikation oder ICD-10)

Wird eine rehabilitative Maßnahme notwendig sein?

ja ☐ nein ☐

Wird die **Reha-Fähigkeit** (AHB) zum Zeitpunkt der Entlassung möglich sein?

ja ☐ nein ☐

Die folgenden Angaben sind optional

Bereits durchgeführte Operationen mit Datum:

Weitere geplante Operationen mit Datum:

Voraussichtliche Entlassung (grobe Schätzung):

Dauer der Entlastung / Einschränkung der Rehafähigkeit ab Unfalltag?

Wird voraussichtlich ein Dauerschaden zurückbleiben?

ja ☐ nein ☐

Falls abschätzbar: In welcher Höhe (MdE) wird voraussichtlich ein Dauerschaden zurückbleiben?
