

Dokumentationsbogen nach Schultertrauma

suva

Schaden-Nummer:

Schaden-Datum:

Arbeitgeber: Name: _____
Strasse, PLZ Ort: _____

Patient: *Vor-/ *Nachname: _____ SV-Nr.: _____
Strasse: _____ *Geb.datum: _____
«* = zwingendes Feld» PLZ Ort: _____ Beruf: _____

Allgemeiner Erstbefund:

Untersuchungsdatum: _____ Unfalldatum/Uhrzeit: _____ /
Datum der ersten ärztlichen Konsultation: _____ bei Arzt/Ärztin:
Unfallhergang (möglichst genaue Schilderung): _____

Verhalten nach dem Ereignis: Weiterführen der Aktivität als:
 Pausieren der Aktivität als:
 Anderes:

Wie und wann wurde der Heimweg angetreten?

Verletzte Schulterseite: Rechts Links
Frühere Beschwerden an derselben Schulter: nein ja
Weitere, durch den aktuellen Unfall entstandene Beschwerden: nein ja
Welche:

Ärztlicher Schulter-Befund (bei entkleidetem Oberkörper):

Äussere Verletzungszeichen (Prellmarken, Schürfwunden, Hämatome, etc.): nein ja
Welche:

Druckdolenzen lokal: nein ja
Welche:

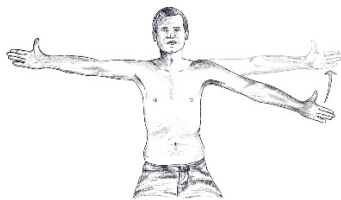
Neurologie (orientierend): unauffällig pathologisch
Welche:

Röntgenaufnahme durchgeführt: nein ja
Wenn ja, Befund: unauffällig pathologisch
Welche:

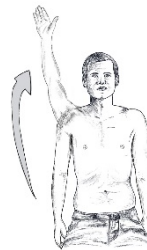
Datum der Aufnahme: _____
Name des Röntgeninstituts: _____

Bewegungsmasse, wenn möglich nach Neutral-Null-Methode und Angaben zur Gegenseite (siehe Bilder)

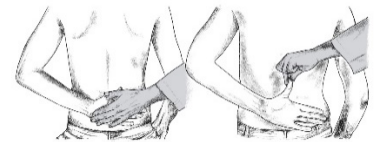
Bewegung	Messwerte der Neutral-Null-Methode		
	Verletzte Schulter	Gegenseite	
	<input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> Links		
Aktive Elevation über die Horizontale möglich?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	— —	— —
Passive Elevation über die Horizontale möglich?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	— —	— —
Aktive Abduktion über die Horizontale möglich?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	— —	— —
Passive Abduktion über die Horizontale möglich?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	— —	— —
Kann die Hand aktiv vom Rücken abgehoben werden (lift off Test)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja		



Abduktion



Elevation



Lift off

Welche weitere Therapie wird eingeleitet und bei wem?

Arbeitsunfähig als : nein ja zu: %

Zuweisung zum Spezialisten und/oder weiterführende Diagnostik erforderlich/vorgesehen? nein ja

Name des Spezialisten:

Bemerkungen:

LeistungserbringerIn:

*Name:

Strasse:

*GLN.:

«* = zwingendes Feld»

*PLZ Ort:

ZSR:

eMail:

Telefon:

Bearbeiter:

Name:

falls abweichend zu Leistungserbringer

Datum:

Unterschrift: _____
bei elektronischer Einsendung unnötig

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt elektronisch an die Suva.

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

- Elektronische Weitergabe an Unfallversicherung (ggf. auch per Post)
- 1 Exemplar ausgedruckt an Patienten (ggf. für weiterbehandelnden Arzt)

Zusatzfeld:

- Elektronische Weitergabe an Unfallversicherung (ggf. auch per Post)
- 1 Exemplar ausgedruckt an Patienten (ggf. für weiterbehandelnden Arzt)