Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma Bitte alle Fragen beantworten!

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Unfall- / Versicherten- / Referenz- / Schadennr. | |  | | Versicherungsgesellschaft |  | |  |  | | --- | | 1 | Angaben zum Patient |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Name |  |  | Vorname |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Geburtsdatum (dd.mm.jjjj) | |  | weiblich  männlich | | | **Unfallzeitpunkt** | Datum |  | Zeit |  | | **Erstuntersuchung** | Datum |  | Zeit |  | | **Einweisung per Ambulanz?** | | nein  ja. Bitte Kopie des Ambulanzprotokolls beilegen. | | | | **Weiterbehandlung bei** | Name |  | | | |  | Ort |  | | |  |  | | --- | | 2a | Freie Schilderung des Unfallherganges in chronologischer Abfolge durch den Patienten |  |  | | --- | |  | |  | |  | | --- | | 2b | Unfallhergang |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Angaben** | durch Patient | Fremdangabe. | | | Wer? |  | | **Unfallart** | Heckkollision  Seitenkollision  Frontalkollision | | | | | | |  | Andere Unfallart. | | Welche: |  | | | |  | Fahrer  Beifahrer  Rücksitz | | | | | | | **Kopfanprall** | nein  ja, an Kopfstütze. | | | | | | |  | ja, ausserhalb Kopfstütze. Wo? | | | |  | | | **Auf Kollision gefasst** | ja  nein | | | | | | | **Kopfstellung** | gerade (gilt auch für Blick in den Rückspiegel)  flektiert | | | | | | |  | rotiert rechts / links (gilt nicht für Rückspiegel)  nicht bekannt | | | | | | | **Körperhaltung** | aufrechte Sitzposition  nach vorne gebeugt | | | | | | |  | nach rechts / links gebeugt | | | | | | | **Kopfstütze vorhanden** | ja  nein | | | | | | | **Sicherheitsgurt getragen** | ja  nein | | | | | | | **Airbag ausgelöst** | ja  nein  nicht vorhanden | | | | | |  |  | | --- | | 2c | Befragung zum Unfallablauf ergibt Anhaltspunkte für |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Bewusstlosigkeit** | nein  ja, Dauer: |  | | | **Gedächtnislücke** | nein  ja, für das Ereignis | | | |  | ja, für nach dem Ereignis. Dauer? | |  | |  | ja, für vor dem Ereignis. Dauer? | |  | | **Angst- und / oder Schreckreaktion** | nein  ja | | |  |  | | --- | | 3 | Tätigkeiten nach dem Unfallereignis |  |  |  | | --- | --- | | **Konnte PatientIn nach dem Unfallereignis als LenkerIn mit dem Unfallauto weiterfahren?** | | | ja  nein, weil: |  | | **Konnte PatientIn nach dem Unfallereignis als BeifahrerIn mit dem Unfallauto weiterfahren?** | | | ja  nein, weil: |  | | **Konnte PatientIn nach dem Unfallereignis die geplanten Tätigkeiten verrichten?** | | | ja  nein, weil: |  | |
| |  | | --- | | 4 | Angaben des Patienten zum Beschwerdeverlauf seit dem Unfallzeitpunkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **nein** | **ja, sofort** | **ja, nach … Stunden** (Anzahl Std. eintragen) | **spontan erzählt** | **erfragt** | **Schmerzintensität** 0 = Schmerzfrei 10 = unerträglich stark | **Schmerzausstrahlung** wohin? | | **Kopfschmerzen** |  |  |  |  |  |  |  | | **Nackenschmerzen** |  |  |  |  |  |  |  | | **Schwindel** |  |  |  |  |  |  | | | **Übelkeit** |  |  |  |  |  | | **Erbrechen** |  |  |  |  |  | | **Hörstörungen** |  |  |  |  |  | | **Sehstörungen** |  |  |  |  |  | | **Schlafstörungen** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Andere Symptome** | nein  ja, sofort  ja, nach |  | Stunden | |  |  |  |  | |  | Welche? | | | |  | |  | |  |  | | | | **Andere Symptome wurden** | spontan erzählt  erfragt | | |  |  | | --- | | 5 | Frühere Anamnese |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Früherer Unfall** | nein  ja. Wann? |  | | **mit HWS-Beteiligung** | nein  ja. Wann? |  | | **mit Kopf-Beteiligung** | nein  ja. Wann? |  |  |  | | --- | | **Behandlungsbedürftige Beschwerden vor dem Unfall / Medikamente vor dem Unfall** |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Kopf** (inkl. Migräne) | nein  ja |  | | **Nacken** | nein  ja |  | | **Rücken** | nein  ja |  | | **Augen** | nein  ja |  | | **Gehör** | nein  ja |  | | **Psyche** (z.B. Psychotherapie) | nein  ja |  | | **Andere** | nein  ja, nämlich: |  | | **Aktuelle Medikamente** | nein  ja, nämlich: |  | |  | |  | | --- | | 6 | Untersuchungsbefunde |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Grösse** |  | **Gewicht** |  |  |  | | --- | | **a) Schmerzen/Beweglichkeit der HWS (aktive, durch den Patienten ausgeführte Bewegungen)** |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Beweglichkeit** | | | **Schmerz** | | | nein | ja | | **Flexion** | Kinn-Sternum-Abstand |  | cm |  |  | | **Extension** | Kinn-Sternum-Abstand |  | cm |  |  | | **Rechtsdrehung** |  |  | Grad |  |  | | **Linksdrehung** |  |  | Grad |  |  | | **Seitneigung rechts** |  |  | Grad |  |  | | **Seitneigung links** |  |  | Grad |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Druckschmerz** | nein | | Druckschmerz | |  | ja. Lokalisation(en) bitte in Skizze einzeichnen: | | |  | Bemerkungen: | | |  | |  | |  | |  |  | |  | | **Ruheschmerzen** | nein  ja | |  | | **Stauchungsschmerz** | nein  ja, ohne Ausstrahlung | |  | |  | ja, mit Ausstrahlung. Wohin? |  | |  |  | | --- | | **b) Schmerz / Funktionseinschränkung an anderer Lokalisation** |  |  |  | | --- | --- | | nein  ja, nämlich: |  |  |  | | --- | | **c) Neurologische Untersuchung** |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Sehnenreflexe** | normal | pathologisch. Welche? | | |  | | **Muskelkraft** | normal | Paresen. Welche? | |  | | | **Parästhesien** | nein | ja. Welche? |  | | | | **Sensible Defizite** | nein | ja. Welche? |  | | | | **Romberg-Versuch** | sicher | schwanken  Ausfallschritt nach rechts  Ausfallschritt nach links | | | | | **Unterberger Tretversuch** | normal | pathologisch nach rechts  pathologisch nach links | | | | |  | Definition pathologisch = Abweichung > 45° nach 50 Schritten | | | | | | **Andere pathologische neurologische Befunde (z.B. Hirnnerven):** | | | | | | |  | | | | | | |
| |  | | --- | | **d) Aktuelle Bewusstseinslage** |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | GCS-Score | 15  < 15, nämlich: |  |  |  | | --- | | **e) Sonstige Feststellungen oder Auffälligkeiten (auch Psyche)** |  |  |  | | --- | --- | | nein  ja, nämlich: |  |  |  | | --- | | **f) Äussere Verletzungen** |  |  |  | | --- | --- | | nein  ja, nämlich: |  |  |  | | --- | | **g) Röntgen** |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **HWS ap / seitlich** | nein  ja, Befund: | |  | | **Densaufnahme transbuccal** | | | | | nein  ja, Befund: | |  | | | **Andere bildgebende Untersuchungen** | | | | | nein  ja. Welche? | |  | | |  | |  | | | Befund: | |  | |  |  | | --- | | 7 | Vorläufige Diagnose | In Anlehnung an die Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Verdachts- diagnose\*** | **Diagnose\*** | **Grad** | **Klinische Präsentation** | |  |  | 0 | Keine Nackenbeschwerden, keine somatischen Befunde | |  |  | I | Nackenbeschwerden mit Schmerz, Steifigkeitsgefühl oder nur Schmerzhaftigkeit, keine somatischen Befunde, normale Beweglichkeit | |  |  | II | Nackenbeschwerden und muskuloskelettale Befunde (verminderte Beweglichkeit und punktuelle Druckschmerzhaftigkeit mit eingeschlossen) | |  |  | III | Nackenbeschwerden und neurologische Befunde (abgeschwächte oder fehlende Muskeleigenreflexe, Muskelschwäche und sensible Ausfälle mit eingeschlossen) | |  |  | IV | Nackenbeschwerden und Fraktur oder Dislokation |  |  |  | | --- | --- | | Differentialdiagnose(n)\*: |  | | zusätzliche Diagnose(n): |  | | weitere Abklärung(en): |  | | \* *entspricht den Forderungen/Ausführungen im Sinne des Bundesgerichtsentscheides BGE 134 V 109* | | |  | |  | | --- | | 8 | Therapie / angeordnete Massnahmen |  |  |  | | --- | --- | | Keine Therapie | Analgetika (Paracetamol u. ä.) | | NSAR topisch | Opioide | | NSAR systemisch | Physiotherapie aktiv | | andere Massnahmen, nämlich: |  |  |  | | --- | | 9 | Arbeitsfähigkeit |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | aktuelle berufliche Tätigkeit: |  | aktuelles Arbeitspensum: |  | % | | mit körperlicher Belastung  mit teilweise körperlicher Belastung  ohne körperliche Belastung (Büroarbeit) | | | | |  |  | | --- | | **Psychosoziale/soziokulturelle Verhältnisse: Persönliche Verhältnisse betreffend** | | a) Beruf/Arbeitsstelle | | b) Familie | | c) Freizeit | | d) Integration (Sprachkenntnisse) (ev. auf Zusatzblatt) |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Arbeitsunfähigkeit** | von |  | bis |  | | Zumutbare Arbeitsintensität (in Prozent der üblichen Intensität): | | | |  | | Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Stunden pro Tag): | | | |  | | **Nächste Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit:** Datum (dd.mm.jjjj) | | | |  |  |  | | --- | | 10 | Weitere Bemerkungen |  |  | | --- | |  |  |  |  | | --- | --- | | Ort & Datum: |  | |  |  | | Stempel & Unterschrift: |  | |  |  | |  |  |   Der vollständig ausgefüllte Dokumentationsbogen ist nach Bekanntwerden des zuständigen Unfall- oder Krankenversicherers diesem zuzustellen (Tarmed Position 00.2215).  Eine Kopie senden Sie bitte dem weiterbehandelnden Arzt.  Schweizerischer Versicherungsverband SVV / suva / santésuisse 28.02.2009  Dieser Fragebogen kann als Word- oder PDF-Formular auf **www.svv.ch/medizin** heruntergeladen werden. |