Verlaufsfragebogen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma

In Ergänzung zum Erstdokumentationsbogen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma

Dieser Fragebogen ist nur auf ausdrückliche Nachfrage durch den Versicherer auszufüllen. 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 |       |
| **Weiterbehandlung bei** | Name |       |
|  | Ort |       |

|  |
| --- |
|  2 | Angaben des Patienten zum Beschwerdeverlauf seit Erstellung des Erstdokumenttionsbogens (Beilage) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **nein** | **ja, sofort** | **ja, nach … Stunde**(Anzahl Std. eintragen) | **spontan erzählt** | **erfragt** | **Schmerzintensität**0 = Schmerzfrei10 = unerträglich stark |  **Schmerzausstrahlung** wohin? |
| **Kopfschmerzen** | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  |       |       |
| **Nackenschmerzen** | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  |       |       |
| **Schwindel** | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  |  |
| **Übelkeit** | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  |
| **Erbrechen** | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  |
| **Hörstörungen** | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  |
| **Sehstörungen** | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  |
| **Schlafstörungen** | [ ]  | [ ]  |       | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Andere Symptome** |  [ ]  nein [ ]  ja, seit |       |  |
|  |  |  |  |
|  |  Welche?       |
|  |
|  |
|  |  |
| **Andere Symptome wurden** |  [ ]  spontan erzählt [ ]  erfragt |
| **Falls vorbestehende behandlungsbedürftige Beschwerden vor Unfall: Verlauf seit Unfall** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kopf** (inkl. Migräne) | [ ]  gleich geblieben [ ]  verschlechtert [ ]  verbessert |
| **Nacken** | [ ]  gleich geblieben [ ]  verschlechtert [ ]  verbessert |
| **Rücken** | [ ]  gleich geblieben [ ]  verschlechtert [ ]  verbessert |
| **Augen** | [ ]  gleich geblieben [ ]  verschlechtert [ ]  verbessert |
| **Gehör** | [ ]  gleich geblieben [ ]  verschlechtert [ ]  verbessert |
| **Psyche**  | [ ]  gleich geblieben [ ]  verschlechtert [ ]  verbessert |
| **andere, nämlich** |       |
|  | [ ]  gleich geblieben [ ]  verschlechtert [ ]  verbessert |

|  |
| --- |
|  3 | 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 | Lokalisation_gruen |
|  | [ ]  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) Bildgebende Untersuchungen** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  nein [ ]  ja, nämlich: |       |

|  |
| --- |
|  **e) Sonstige Feststellungen oder Auffälligkeiten (auch Psyche)** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  nein [ ]  ja, nämlich: |       |

|  |
| --- |
|  4 | Erwarteter Heilverlauf |

|  |
| --- |
| **Zeichnet sich eine Besserung ab?** [ ]  nein [ ]  gering [ ]  deutlich |
| **Weicht der Heilverlauf zum jetzigen Zeitpunkt vom erwarteten Heilverlauf bei Erstkonsultation ab?** |
| [ ]  nein [ ]  ja, Begründung: |       |

|  |
| --- |
|  5 | Aktuelle 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* |

|  |
| --- |
|  6 | Therapie / angeordnete Massnahmen |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Keine Therapie | [ ]  Analgetika (Paracetamol u. ä.) |
| [ ]  NSAR topisch | [ ]  Opioide |
| [ ]  NSAR systemisch | [ ]  Physiotherapie aktiv |
| [ ]  andere Massnahmen, nämlich: |       |

**Gibt es medizinische Aspekte, denen bei der Eingliederung besondere Beachtung geschenkt werden müsste?**

|  |
| --- |
|       |

**Gibt es aus medizinischer Sicht triftige Gründe, die gegen eine Meldung bei der IV zur Früherfassung sprechen?**

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|  7 | Arbeitsfähigkeit |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| aktuelle berufliche Tätigkeit: |       | aktuelles Arbeitspensum: |       | % |
| [ ]  mit körperlicher Belastung [ ]  mit teilweise körperlicher Belastung [ ]  ohne körperliche Belastung (Büroarbeit) |

|  |
| --- |
| **Psychosoziale/soziokulturelle Verhältnisse** |
|       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Arbeitsunfähigkeit** |  von |       |  bis |       |
| Zumutbare Arbeitsintensität (in Prozent der üblichen Intensität): |       |
| Zumutbare Anwesenheit im Betrieb (Stunden pro Tag): |       |
| Bei Teilarbeitsfähigkeit: Ist eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten? |       |
| Hat der Patient/die Patientin Arbeitsversuche unternommen? |       |
| **Nächste Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit:** Datum (dd.mm.jjjj) |       |

|  |
| --- |
|  8 | Weitere Bemerkungen |

|  |
| --- |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort / Datum: |       |
|  |  |
| Stempel / Unterschrift: |  |

Dieser Bogen kann mit CHF 130.– abgerechnet werden.
Schweizerischer Versicherungsverband SVV. www.svv.ch / 01.04.2011