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 = Schmerzfrei 10 = 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