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 = Schmerzfrei10 = 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. |