



#### 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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 \_\_\_\_\_

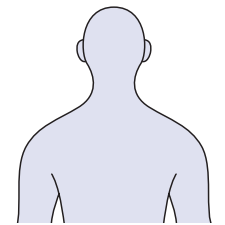
#### a) Schmerzen/Beweglichkeit der HWS (aktive, durch den Patienten ausgeführte Bewegungen)

	Beweglichkeit	Schmerz	
		nein	ja
Flexion	Kinn-Sternum-Abstand _____ cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extension	Kinn-Sternum-Abstand _____ cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtsdrehung	_____ Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linksdrehung	_____ Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seitneigung rechts	_____ Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seitneigung links	_____ Grad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Druckschmerz  nein

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

Verdachtsdiagnose*	Diagnose*	Grad	Klinische Präsentation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	Keine Nackenbeschwerden, keine somatischen Befunde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	Nackenbeschwerden mit Schmerz, Steifigkeitsgefühl oder nur Schmerzhaftigkeit, keine somatischen Befunde, normale Beweglichkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II	Nackenbeschwerden und muskuloskeletale Befunde (verminderte Beweglichkeit und punktuelle Druckschmerzhaftigkeit mit eingeschlossen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III	Nackenbeschwerden und neurologische Befunde (abgeschwächte oder fehlende Muskeleigenreflexe, Muskelschwäche und sensible Ausfälle mit eingeschlossen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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](http://www.svv.ch/medizin) heruntergeladen werden.