

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- / Schadenr.

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 Erstdokumentationsbogens (Beilage)

	nein	ja, sofort	ja, nach ... Stunde (Anzahl Std. eintragen)	spontan erzählt	erfragt	Schmerzintensität 0 = Schmerzfrei 10 = unerträglich stark	Schmerzausstrahlung wohin?
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

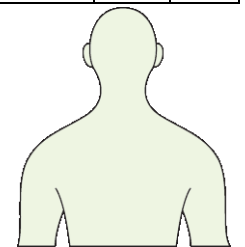
a) Schmerzen/Beweglichkeit der HWS (aktive, durch den Patienten ausgeführte Bewegungen)

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

Druckschmerz nein

ja. Lokalisation(en) bitte in Skizze einzeichnen:

Bemerkungen:



Ruhschmerzen 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
<input type="checkbox"/>	0	Keine Nackenbeschwerden, keine somatischen Befunde
<input type="checkbox"/>	I	Nackenbeschwerden mit Schmerz, Steifigkeitsgefühl oder nur Schmerzhaftigkeit, keine somatischen Befunde, normale Beweglichkeit
<input type="checkbox"/>	II	Nackenbeschwerden und muskuloskeletale Befunde (verminderte Beweglichkeit und punktuelle Druckschmerzhaftigkeit mit eingeschlossen)
<input type="checkbox"/>	III	Nackenbeschwerden und neurologische Befunde (abgeschwächte oder fehlende Muskeleigenreflexe, Muskelschwäche und sensible Ausfälle mit eingeschlossen)
<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

6 | Therapie / angeordnete Massnahmen

Keine Therapie Analgetika (Paracetamol u. ä.)

NSAR topisch Opiode

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: