

Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio - zervikalem Beschleunigungstrauma

Gesetz	<input type="text"/>	Unfalldatum	<input type="text"/>	Zeit	<input type="text"/>
Unfall-/Fall-Nr.	<input type="text"/>	Erstuntersuchung	<input type="text"/>	Zeit	<input type="text"/>
Versicherten-Nr.	<input type="text"/>				
Versicherung					

Einweisung per nein ja - bitte Kopie des Ambulanzprotokolls schicken.
Ambulanz?

Weiterbehandlung bei

1 Angaben zum Patient

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>
AHV-Nr.	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

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 nein ja

Kopfstellung flektiert gerade (gilt auch für Blick in den Rückspiegel)

nicht bekannt rotiert rechts / links (gilt nicht für Rückspiegel)

Körperhaltung aufrechte Sitzposition nach vorne gebeugt nach rechts / links gebeugt

Kopfstütze vorhanden nein ja

Sicherheitsgurt getragen nein ja

Airbag ausgelöst nein ja nicht vorhanden

2c Befragung zum Unfallablauf ergibt Anhaltspunkte für

Bewusstlosigkeit nein ja - Dauer: min

Gedächtnislücke nein ja, für das Ereignis ja, für nach dem Ereignis - Dauer: min

ja, für vor dem Ereignis - Dauer: min

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 = Schmerzfrei 10 = unerträglich stark	Schmerzausstrahlung wohin?
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Andere Symptome nein ja, sofort ja, nach Stunden

Welche?

...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 nein ja * (inkl. Migräne)

Nacken nein ja

Rücken nein ja

Augen nein ja

Gehör nein ja

* Psyche nein ja * (z.B. Psychotherapie)

Andere nein ja - nämlich:

Aktuelle Medikamente nein ja - nämlich:

6 Untersuchungsbefunde

Grösse cm

Gewicht kg

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

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

Druckschmerz nein ja - Lokalisation(en) bitte bezeichnen:

Lokalisation & 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 - nämlich: _____

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
<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 muskuloskelettale 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): _____

**) entspricht den Forderungen/Ausführungen im Sinne des Bundesgerichtsentscheides BGE 134 V 109*

zusätzliche Diagnose(n): _____

weitere Abklärung(en): _____

8 Therapie / angeordnete Massnahmen

- Keine Therapie
 Analgetika (Paracetamol u. ä.)
 Opioide
 NSAR topisch
 Physiotherapie aktiv
 NSAR systemisch
 andere Massnahmen - welche: _____

9 Arbeitsunfähigkeit

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) _____

Arbeitsunfähigkeit von-bis _____ - _____
 Zumutbare Arbeitsintensität _____ % der üblichen Intensität
 Zumutbare Anwesenheit im Betrieb _____ h/Tag

Nächste Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit _____

10 Weitere Bemerkungen

Datum _____

Arzt/Ärztin _____
 eMail _____

Unterschrift _____

GLN, ZSR _____

bei elektronischer Einsendung unnötig

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.