

# 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<br>(Anzahl Std. eintragen) | spontan erzählt          | erfragt                  | Schmerzintensität<br>0 = Schmerzfrei<br>10 = unerträglich stark | Schmerzausstrahlung<br>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**

| 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 Muskeigenreflexe, 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

Unterschrift

EAN, 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.