

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 _____

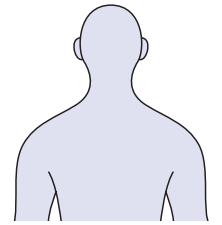
a) Schmerzen/Beweglichkeit der HWS (aktive, durch den Patienten ausgeführte Bewegungen)

	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 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)*: _____

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.