

Dokumentationsbogen nach Schultertrauma

**suva**swiss
orthopaedics

Schaden-Nummer:

Schaden-Datum:

Arbeitgeber:	Name:
	Strasse, PLZ Ort:

Patient:	*Vor-/ *Nachname:	SV-Nr.:
	Strasse:	*Geb.datum:
«* = zwingendes Feld»	PLZ Ort:	Beruf:

Allgemeiner Erstbefund:

Untersuchungsdatum: _____ Unfalldatum/Uhrzeit: _____ /

Datum der ersten ärztlichen Konsultation: _____ bei Arzt/Ärztin:

Unfallhergang (möglichst genaue Schilderung):

Verhalten nach dem Ereignis: Weiterführen der Aktivität als:
 Pausieren der Aktivität als:
 Anderes:

Wie und wann wurde der Heimweg angetreten?

Verletzte Schulterseite: Rechts Links

Frühere Beschwerden an derselben Schulter: nein ja

Weitere, durch den aktuellen Unfall entstandene Beschwerden: nein ja

Welche:

Ärztlicher Schulter-Befund (bei entkleidetem Oberkörper):

Äussere Verletzungszeichen (Prellmarken, Schürfungen, Hämatome, etc.): nein ja

Welche:

Druckdolenzen lokal: nein ja

Welche:

Neurologie (orientierend): unauffällig pathologisch

Welche:

Röntgenaufnahme durchgeführt: nein ja

Wenn ja, Befund: unauffällig pathologisch

Welche:

Datum der Aufnahme:

Name des Röntgeninstituts:

Bewegungsmasse, wenn möglich nach Neutral-Null-Methode und Angaben zur Gegenseite (siehe Bilder)

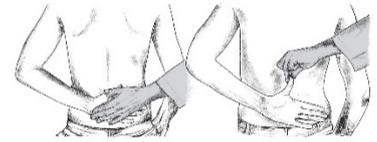
Bewegung	Messwerte der Neutral-Null-Methode		
	Verletzte Schulter	Gegenseite	
	<input type="radio"/> Rechts <input type="radio"/> Links		
Aktive Elevation über die Horizontale möglich?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	— —	— —
Passive Elevation über die Horizontale möglich?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	— —	— —
Aktive Abduktion über die Horizontale möglich?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	— —	— —
Passive Abduktion über die Horizontale möglich?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	— —	— —
Kann die Hand aktiv vom Rücken abgehoben werden (lift off Test)?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja		



Abduktion



Elevation



Lift off

Welche weitere Therapie wird eingeleitet und bei wem?

Arbeitsunfähig als _____ : nein ja zu: _____ %

Zuweisung zum Spezialisten und/oder weiterführende Diagnostik erforderlich/vorgesehen? nein ja

Name des Spezialisten: _____

Bemerkungen:

LeistungserbringerIn:

*Name:

Strasse:

*GLN.:

«* = zwingendes Feld»

*PLZ Ort:

ZSR:

eMail:

Telefon:

Bearbeiter:

Name:

falls abweichend zu Leistungserbringer

Datum:

Unterschrift: _____
bei elektronischer Einsendung unnötig

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt elektronisch an die Suva.

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

- Elektronische Weitergabe an Unfallversicherung (ggf. auch per Post)
- 1 Exemplar ausgedruckt an Patienten (ggf. für weiterbehandelnden Arzt)

Zusatzfeld:

- Elektronische Weitergabe an Unfallversicherung (ggf. auch per Post)
- 1 Exemplar ausgedruckt an Patienten (ggf. für weiterbehandelnden Arzt)