

# Unfallbericht



RHEIN PHYSIO

## Sehr geehrte/r Patient/in,

Dieses Formular dient der Dokumentation eines Vorfalles, der während Ihrer Behandlung in unserer Praxis eingetreten ist. Bitte kontrollieren Sie das Formular sorgfältig und unterschreiben Sie es. Die hier festgehaltenen Angaben sind wichtig, um die weiteren Schritte und Ihre Versorgung entsprechend zu planen.

### Auszufüllen durch den Therapeuten

NAME DES PATIENTEN

GEBURTSDATUM

DATUM UND UHRZEIT DES VORFALLS

ORT DES UNFALLS (Z. B. PRAXISRAUM 2, WC HERREN, EMPFANGSBEREICH)

AUSGEFÜHRTE TÄTIGKEIT (Z. B. KRANKENGYMNASTIK MIT ÜBUNGSBESCHREIBUNG, VERLASSEN DER PRAXIS)

Ja    Nein

- Nachuntersuchung durch den Therapeuten durchgeführt**  
(Bemerkungen zur Nachuntersuchung werden in die Patientenakte eingetragen.)
- Patient lehnt die Nachuntersuchung durch den Therapeuten ab**
- Patient wurde darüber belehrt, dass eine Nachuntersuchung im Krankenhaus angeraten wurde**
- Es wurde ein Krankenwagen gerufen**
- Patient wünscht ausdrücklich keine Nachuntersuchung im Krankenhaus**
- Der Patient wurde vom Therapeuten darüber informiert, dass die Fortführung der Therapie ohne vorherige Untersuchung durch einen Arzt / eine Ärztin mögliche Folgeschäden nach sich ziehen kann**

DATUM UND ORT

UNTERSCHRIFT PATIENT/IN (BEI MINDERJÄHRIGEN GES. VERTRETER)

UNTERSCHRIFT THERAPEUT/IN UND PRAXISSTEMPEL