

Name des UV-Trägers mit Fax-Nr.

An den  
Handchirurgischen Berater

Prof. Dr. \_\_\_\_\_, Fax-Nr. \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_, Fax-Nr. \_\_\_\_\_

## Modellprojekt "Handchirurgische Versorgung"

In nachstehender Unfallsache wird um handchirurgische Beratung ersucht.

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

Unfalldatum: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Grund der Anfrage:

Fall des Indikationskataloges

Dauer des Heilverfahrens (z. B. weil länger als 10 Tage arbeitsunfähig)

Besondere Fragestellung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Empfehlungen des Handchirurgischen Beraters

Die eingeleitete Behandlung kann fortgeführt werden.

Zur Fortführung der Behandlung wird empfohlen

Vorstellung bei einem Handchirurgen,

Vorstellung in einem Zentrum für Handchirurgie,

\_\_\_\_\_  
weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beurteilung derzeit nicht möglich, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel/Unterschrift)