Dr. med. Christian Lanz, Postfach 654, 2540 Grenchen
siehe auch www.agu.ch
Handout anlässlich der Kränzli-Fortbildung in der Privatklinik Obach vom 10.03.2011

Merkblatt zum Umgang mit Patienten, welche einen Status nach HWS-Distorsion bei Strassenverkehrsunfällen angeben

Die Empfehlung gilt für Patienten mit Status nach Kollision im Strassenverkehr, bei denen a priori keine organischen Verletzungen festgestellt worden sind und bei denen es mit der Latenz von Stunden oder Tagen zu Beschwerden im HWS-Bereich kommt.

Das Beschwerdebild ist im klinischen Status zu erfassen und zu charakterisieren nach der Einteilung der Quebec Task Force (QTF)

0 No complaint about the neck-No physical sign(s)
I Neck complaint of pain, stiffness or tenderness only-No physical sign(s)
II Neck complaint and musculoskeletal sign(s)
III Neck complaint and neurological sign(s)
IV Neck complaint and fracture or dislocation

Wird eine III festgestellt, so ist der neurologische Status zu vertiefen: Beschreibung von Dermatomen etc.

Bei Angabe eines Kopfanpralls an der Windschutzscheibe, Lenkrad (nicht jedoch an der Kopfstütze) ist besondere Vorsicht angebracht: Suche nach Verletzungen an Gesicht/behaarte Kopfhaut, bei älteren Personen insbesondere Hinweise auf Subduralhämatome u.ä.

Therapie: Symptomatisch; der Halskragen ist kontraindiziert.

Bildgebung: Es gibt zwei Gründe für eine Bildgebung:

- Dokumentation, Ausschluss von knöchernen Läsionen.
- Feststellung des Vorzustandes (MRI, CT: Diskushernien etc.)

MRI ist dann indiziert, wenn Nackenbeschwerden und neurologisch relevante Befunde vorliegen (also ab QTF II).

Die Ergebnisse der Untersuchung sind im HWS Dokumentationsbogen (Beilage) festzuhalten.

Schweizerische Ärztezeitung / Bulletin des médecins suisses / Bollettino dei medici svizzeri •2003;84: Nr 8

Kontraindiziert sind Angaben zu „Unfallschwere" und „Schuldhaftigkeit".

24.02.2011
Christian Lanz

Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma

B. Soltermann, T. Ettlin

Kommentar

Die Schweizer Privatassekuranz hat bereits 1994 einen Halswirbelsäulenfragebogen eingeführt. Dieser wurde jeweils im Nachgang zu einer HWS-Distorsion, insbesondere nach Auffahrunfällen, dem behandelnden Arzt zur Beantwortung zugeschickt. Jede Versicherungsgesellschaft hat diesen Fragebogen ihren Eigenheiten entsprechend etwas abgeändert.

Aufgrund neuer Erkenntnisse sowohl in diagnostischer und therapeutischer Art wie auch in der administrativen Fallführung, und nicht zuletzt auch, um den Patienten gerecht zu werden, hat der Schweizerische Versicherungsverband SVV unter Mithilfe von Herrn Prof. Dr. med. Thierry Ettlin einen Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma erarbeitet. Dieser Bogen hat zum Ziel, den Patienten durch eine klare und strukturierte Befragung, Anamnese- und Befunderhebung in seiner Gesamtheit zu erfassen und zu einer Diagnose zu gelangen, welche die Therapie entsprechend den Empfehlungen der Schweizerischen Arbeitsgruppe über diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Akutphase nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma gewährleistet [1].

Die Anleitung für die Anamnese und klinische Untersuchung in der Akutphase soll als hilfreiches Instrumentarium zum korrekten medizinisch-diagnostischen Vorgehen bei der Erstkonsultation dienen.

Sowohl Fragebogen wie auch Anleitung wurden bei verschiedensten medizinischen Fachgesellschaften in die Vernehmlassung gegeben. Die Antworten fielen allesamt positiv aus. Die Anregungen der Fachgesellschaften wurden sowohl in den Fragebogen wie auch in die Anleitung eingearbeitet. Auch bei der Suva und der santésuisse findet dieser Erstdokumentationsbogen die volle Unterstützung, so dass ab *1. März 2003* alle Unfallpatienten mit kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma in der Schweiz mit Hilfe dieses Bogens erfasst werden sollen.

Dokumentationsbogen und Anleitung sind in deutscher, französischer und italienischer Sprache vorhanden, und zwar sowohl in elektronischer wie auch in Papierform. Der vorliegenden Ausgabe ist ein Couvert beigelegt, in welchem Sie den Bogen und die Anleitung in allen drei Landessprachen in Papierform vorfinden. Für Internetbenutzer sind die Erstdokumentationsbogen und deren Anleitungen ebenfalls in allen drei Landessprachen via Homepage Medizinischer Dienst des Schweizerischen Versicherungsverbandes (med.svv.ch) abrufbar. Aus technischen und datenschützerischen Gründen kann dieser Bogen jedoch nicht online ausgefüllt und an die zuständige Versicherung per Mail geschickt, sondern er muss ausgedruckt werden. Er kann selbstverständlich als Echtzeitdokument in die Krankengeschichte abgelegt werden. Eine Hybrid-CD für Windows- und Macintosh-System mit denselben Dokumenten wird auf Anfrage beim Schweizerischen Versicherungsverband SVV, Daniela Wagner, C. F. Meyer-Strasse 14, Postfach 4288, 8022 Zürich, zugestellt.

Der vollständig ausgefüllte Dokumentationsbogen ist nach Bekanntwerden des zuständigen Unfall- oder Krankenversicherers diesem zuzustellen und wird dann zusätzlich zu den Konsultations- und anderweitigen Abklärungskosten mit Fr. 100.– honoriert.

Der Erstdokumentationsbogen soll bei der Erstkonsultation auf der Notfallstation oder beim Notfallarzt und allenfalls dann noch bei einer Überweisung an den Hausarzt bei dessen Erstkonsultation verwendet werden; spätere Verwendungen werden nicht mehr speziell vergütet.

Die Zukunft wird zeigen, ob durch diesen Dokumentationsbogen und dem therapeutischen Vorgehen in der Akutphase nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma die Chronifizierungen und traurigen Einzelschicksale vermindert werden können. Eine diesbezügliche Studienbegleitung ist vorgesehen.

1 Strebel HM, Ettlin T, Annoni JM, Caravatti M, Jan S, Gianella C, et al. Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Akutphase nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (sog. Schleudertrauma). Schweiz Med forum 2002;2(47):1119-25.

Korrespondenz:
Dr. med. Bruno Soltermann
Schweizerischer Versicherungsverband SVV
C. F. Meyer-Strasse 14
Postfach 4288
CH-8022 Zürich

E-Mail: bruno.soltermann@svv.ch

Anleitung für die Anamnese und klinische Untersuchung in der Akutphase

Die erste ärztliche Untersuchung nach einem kranio-zervikalen Beschleunigungstrauma erfolgt in der Regel abhängig vom Beschwerdeausmass in einer Notfallstation oder einer Arztpraxis. Ziel der ersten ärztlichen Untersuchungen in der Akutphase ist die Dokumentation des Unfallablaufes aufgrund der Schilderung des Patienten, die Erfassung der aufgetretenen Beschwerden und die Erhebung der klinischen Befunde anhand einer auf die wesentlichen Bereiche gewichteten muskuloskelettalen und neurologischen Untersuchung. Für eine konsistente Frühdokumentation und die therapeutische Führung ist es unumgänglich, dass der Hausarzt bei Übernahme des Patienten die Anamnese und klinische Untersuchung auch bei vorgängig erfolgter Erstkonsultation auf einer Notfallstation selber nochmals durchführt.

Der Dokumentationsbogen ist ein checklistenartiges Erfassungsinstrument, der sowohl als Fragebogen für den Unfallversicherer als auch für die eigene Dokumentation in der Krankengeschichte dienen kann. Er umfasst folgende Rubriken:

1. Unfallhergang;
2. Chronologische Befragung zum Unfallablauf;
3. Angaben des Patienten zu den Beschwerden;
4. Frühere Anamnese;
5. Untersuchungsbefunde,
   a) Schmerzen / Beweglichkeit im Bereich der HWS,
   b) Schmerzen / Funktionseinschränkung an anderer Lokalisation,
   c) Neurologische Untersuchung,
   d) Aktuelle Bewusstseinslage,
   e) Äussere Verletzungen,
   f) Röntgen,
   g) Sonstige Feststellungen oder Auffälligkeiten;
6. Vorläufige Diagnose;
7. Therapie / angeordnete Massnahmen.

1. Unfallhergang

Der Patient soll frei die Art des Unfalls, den Unfallhergang und die Unfallumstände schildern. Im häufigsten Fall einer Autokollision soll erfragt werden, ob Kopfstützen vorhanden waren und der Sicherheitsgurt getragen wurde. Die Angaben des Patienten zu Geschwindigkeiten und Energieeinwirkungen widerspiegeln sein subjektives Erleben und sind keine unfallmechanische Interpretation.

2. Chronologische Befragung zum Unfallablauf

Zum Ausschluss einer Hirnerschütterung (syn. leichte traumatische Hirnverletzung, Commotio cerebri) muss der Arzt Klarheit über ein lückenloses Erinnerungsvermögen des Patienten an den Unfallablauf erhalten. Dazu empfiehlt sich eine schrittweise Befragung der chronologischen Abfolge der Ereignisse, ohne mit Suggestivfragen einzuwirken. Dazu kann einleitend gefragt werden, was genau eines nach dem andern passiert ist. Ein ununterbrochenes Erinnerungsvermögen kann angenommen werden, wenn das Kollisionsgeräusch gehört wurde, die Einwirkung auf den Körper und ein Bewegungseffekt wahrgenommen wurde und das eigene Verhalten nach Stillstand des Wagens lückenlos beschrieben wird. Weiter kann ein uneingeschränktes Bewusstsein angenommen werden, wenn das Verhalten und die Reaktionen des Patienten am Unfallort der Situation entsprechend nachvollziehbar waren. In diesem Zusammenhang soll auch das psychische Erleben des Patienten exploriert werden. War der Patient in einem Angst- oder Schreckzustand? Gab es andere Umstände, die ein eventuell lückenhaftes Gedächtnis oder einen veränderten Bewusstseinszustand erklären?

3. Angaben des Patienten zu den Beschwerden

Die Befragung beinhaltet die Art der Beschwerden, den Zeitpunkt ihres Auftretens und den Verlauf bis zur Konsultation. Für den weiteren Verlauf nützlich ist die subjektive Einschätzung der Stärke von Schmerzen, insbesondere für angegebene Nacken- und Kopfschmerzen. Es soll zwischen spontan angegebenen und erfragten Zusatzbeschwerden unterschieden werden. Frühe Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen, vegetative Zeichen, ängstliche, dissoziative oder depressive Symptome werden von manchen Patienten nicht spontan angegeben. Weil sie ein erhöhtes Chronifizierungsrisiko anzeigen, empfiehlt es sich, in einem nicht suggestiven, kursorisch gehaltenen Stil nach solchen Beschwerden zu fragen. Falls solche Beschwerden vorhanden sind, sollen sie als wesentlicher Teil der frühen therapeutischen Führung mit dem Patienten im Rahmen des gesamten medizinischen Kontextes erklärend eingeordnet und im weiteren Verlauf beachtet werden.

4. Frühere Anamnese

Hier geht es um Angaben zu früheren Unfällen mit HWS-, Wirbelsäulen- und/oder Kopfbeteiligung und Angaben zu früheren behandlungsbedürftigen HWS- oder Rückenbeschwerden sowie

auch anderweitigen Beschwerden und deren allfällige Behandlung. Wichtig ist auch die Befragung über frühere Kopfschmerzen inkl. einer Familienanamnese mit Migränekopfschmerzen. Weil psychosoziale Belastungen den Verlauf von Unfallfolgen erschweren können und bei der therapeutischen Führung beachtet werden müssen, soll man sich auch ein Bild über die familiäre und berufliche Situation des Patienten machen.

5. Untersuchungsbefunde

Die körperliche Untersuchung umfasst einen muskuloskelettalen und einen neurologischen Status.

a) Schmerzen/Beweglichkeit im Bereich der HWS

Bei der Inspektion des stehenden Patienten soll auf Fehlhaltungen wie Protraktion oder Lateralisation des Kopfes/Halses, Schulterhochstand, Abflachung der physiologischen BWS-Kyphose und vorbestehende Haltungsanomalien der Wirbelsäule geachtet werden. Prinzipiell sollen in der Akutphase nur aktive, d.h. durch den Patienten selber auszuführende Beweglichkeiten geprüft werden. Dies entspricht auch dem «hands-off»-Prinzip der physiotherapeutischen Behandlung während der ersten drei Wochen. Bei der aktiven Beweglichkeitsprüfung soll zur Verlaufsbeurteilung die Rotation und Seitenneigung des Kopfes in Gradzahlen, die Flexion/Extension mit dem Kinn-Sternum-Abstand in cm gemessen werden. Es folgt die Palpation mit Beschreibung von Schmerzlokalisation und Tonuserhöhungen im Bereich der Hals-, Nacken-, Schultergürtel- und Interskapulärmuskulatur. Auf dem Schema kann die Lokalisation von Druckschmerzen aufgezeichnet werden.

b) Schmerzen / Funktionseinschränkung an anderer Lokalisation

Hier können Schmerzen und Funktionseinschränkungen an anderer Lokalisation, insbesondere im Bereiche des Rumpfes, aufgeführt werden.

c) Neurologische Untersuchung

Auf dem Dokumentationsbogen sind die wichtigsten Lokalisationen der Muskelfunktionen und der Sensibilität sowie die Muskeleigenreflexe an den oberen Extremitäten bezeichnet. Weitergehende Auffälligkeiten können unter «Andere pathologische neurologische Befunde» aufgeführt werden.

Die neurologische Untersuchung umfasst die Prüfung der Hirnnerven, der Muskelkraft, der Reflexe, der motorischen Koordination und der Sensibilität. Die Hirnnervenprüfung kann kursorisch durchgeführt werden mit Inspektion des Gesichtes nach auffälligen Asymmetrien, mit manueller Prüfung des Gesichtsfeldes, der Blickfolgebewegungen mit Frage nach Nystagmus, der mimischen Muskulatur, des groben Hörvermögens mittels Fingerreiben, der symmetrischen Gaumensegelinnervation und der Sensibilität im Gesicht. Bei unfallanamnestischen oder klinischen Hinweisen auf eine durchgemachte Hirnerschütterung soll auch der Geruchssinn geprüft werden. Zusätzlich zu den Hirnnerven soll die Sensibilität in den Dermatomen C2 am Hinterkopf und C3 und C4 am Nacken und Hals geprüft werden.

Bei der Prüfung der Kraft und Sensibilität empfiehlt sich an den oberen Extremitäten die Untersuchung der radikulären Kennmuskeln C5–C8 (M. deltoideus, M. biceps br., M. triceps br., M. abductor dig. min.) und der entsprechenden radikulären Dermatome (s. Schema auf dem Dokumentationsbogen). An den unteren Extremitäten kann man sich im Normalfall auf die Prüfung des Fussspitzen- und Fersenganges und eine grobe Sensibilitätsprüfung beschränken. In der Akutphase kann es schwierig sein, schmerzbedingte von neurologisch verursachten Muskelschwächen zu unterscheiden.

Segmentale motorische und/oder sensible Defizite und/oder herabgesetzte/fehlende Muskeleigenreflexe weisen auf eine radikuläre Läsion oder eine Plexusläsion hin; Halbseitendefizite und/oder gesteigerte Muskeleigenreflexe weisen auf eine zerebrale oder medulläre Läsion hin. Wir empfehlen in jedem Fall von neurologischen Ausfällen ein umgehendes neurologisches Konsilium.

d) Aktuelle Bewusstseinslage

Bei jeglichen Hinweisen auf eine auch nur leicht eingeschränkte quantitative oder qualitative Bewusstseinslage wie eine psychomotorische Verlangsamung, Angabe einer anhaltenden Benommenheit, Orientierungsstörungen, auffälliges Schlafbedürfnis, agitiertes oder apathisches Verhalten u.ä. muss eine neurologische Abklärung und/oder medizinische Überwachung erfolgen.

e) Äussere Verletzungen

Neben offensichtlichen äusseren Verletzungen sollte insbesondere im Bereich des Skalpes auf kutane und subkutane Verletzungen geachtet werden.

f) Röntgen

g) Sonstige Feststellungen oder Auffälligkeiten
Hier sollen Art und Inhalt beobachteter Auffälligkeiten festgehalten werden, die im Zusammenhang mit dem erlittenen Unfall von Relevanz sind. Die freie Formulierung der Auffälligkeiten ist hilfreicher als die schnelle Zuschreibung zu einem Syndrom. Insbesondere nach einem psychisch traumatisierenden Unfallerlebnis, einer durchgemachten Hirnerschütterung und/oder bei belastenden psychosozialen Umständen müssen psychopathologische Symptome frühzeitig beachtet werden.

6. Vorläufige Diagnose

7. Therapie / angeordnete Massnahmen

Den Dokumentationsbogen finden Sie im beigelegten Umschlag, auf Seite 363 sowie auf folgender Website: www.svv.ch

Fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical

B. Soltermann, T. Ettlin

Commentaire

Les assureurs privés suisses ont introduit depuis 1994 déjà un questionnaire «rachis cervicale». Ce questionnaire est envoyé au médecin traitant pour qu'il le remplisse à la suite d'une distorsion de la colonne cervicale, en particulier après des collisions arrière. Chaque compagnie d'assurances a légèrement modifié ce questionnaire pour l'adapter à ses particularités propres.

Sur la base de nouvelles découvertes tant dans la méthode diagnostique et thérapeutique que dans la gestion administrative des cas et surtout pour répondre aux besoins des patients, l'Association Suisse d'Assurances ASA a, avec l'aide du Prof. Thierry Ettlin, élaboré un questionnaire servant à documenter les premières consultations après un traumatisme cranio-cervical par accélération. Ce questionnaire a pour objectif d'évaluer le patient dans son ensemble en lui posant des questions claires et structurées et en établissant l'anamnèse et les symptômes, et d'aboutir à un diagnostic qui garantit un traitement conforme aux recommandations du groupe de travail suisse concernant le diagnostic et le traitement du traumatisme cranio-cervical à la phase aiguë [1].

Les instructions se rapportant à l'anamnèse et à l'examen clinique à la phase aiguë sont des instruments qui permettent de garantir une démarche médico-diagnostique correcte lors de la première consultation.

Le questionnaire comme les instructions ont été soumis aux sociétés médicales spécialisées les plus diverses pour approbation. Leurs réponses ont toutes été positives. Leurs suggestions ont été prises en compte tant dans le questionnaire que dans les instructions. Le questionnaire bénéficie également du soutien inconditionnel de la Suva et de santésuisse de sorte que tous les patients ayant subi un traumatisme cranio-cervical par accélération en Suisse devront être évalués à l'aide de ce questionnaire à partir du *1er mars 2003*.

Le questionnaire et les instructions existent en allemand, français et italien et sous forme papier ou électronique. Une enveloppe renfermant le questionnaire et les instructions dans les trois langues nationales sous forme papier est jointe au présent numéro. Pour les utilisateurs d'Internet, les questionnaires et leurs instructions sont également téléchargeables dans les trois langues nationales sur le site Web du Service Médical de l'Association suisse d'assurances (med.svv.ch). Pour des raisons techniques et de protection

1 Strebel HM, Ettlin T, Annoni JM, Caravatti M, Jan S, Gianella C, Keidel M, Saner U, Schwarz H. Diagnostic et traitement du traumatisme cranio-cervical par accélération (ou coup du lapin) à la phase aiguë. Forum Med Suisse 2002;2(47):1119-25.

Correspondance:
Dr Bruno Soltermann
Association Suisses d'Assurances ASA
C. F. Meyer-Strasse 14
Case postale 4288
CH-8022 Zurich

e-mail: bruno.soltermann@svv.ch

Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma

Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum ..... weibl. ☐ männl. ☐

Unfalldatum und -zeit ..... Untersuchungsdatum und -zeit ..... Weiterbehandlung bei .....

1. Unfallhergang

Angaben durch Patient ☐
Fremdangaben ☐ wer? .....
Heckkollision ☐
Seitenkollision ☐
Frontalkollision ☐
Kopfanprall ☐ ja ☐ nein
Wenn ja ☐ an Kopfstütze
☐ ausserhalb Kopfstütze
Andere Unfallart ☐ ja
.....

☐ Fahrer ☐ Beifahrer ☐ Rücksitz
Auf Kollision gefasst ☐ ja ☐ nein
Fuss auf Bremse ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt
Kopfstellung ☐ gerade (gilt auch für Blick in den Rückspiegel)
☐ rotiert rechts / links (gilt nicht für den Rückspiegel)
☐ flektiert
☐ nicht bekannt
Kopfstütze vorhanden ☐ ja ☐ nein
Sicherheitsgurt getragen ☐ ja ☐ nein
Airbag ausgelöst ☐ ja ☐ nein

2. Chronologische Befragung zum Unfallablauf ergibt Anhaltspunkte für

Bewusstlosigkeit ja ☐ Dauer ..... ☐ nein
Gedächtnislücke ja ☐ Dauer ..... ☐ nein
Angst- und / oder Schreckreaktion ☐ ja ☐ nein

Andere Bewusstseinsstörungen ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?
.....

3. Angaben des Patienten zu den Beschwerden

Nackenschmerzen ☐ ja ☐ nein
Wenn ja ☐ sofort ☐ später wann? .....
☐ rechts ☐ links ☐ beidseits
☐ leicht ☐ mittel ☐ stark
Schmerzausstrahlung ☐ sofort ☐ später wann? .....
Wohin? .....
Kopfschmerzen ☐ ja ☐ nein
Wenn ja ☐ sofort ☐ später wann? .....
☐ leicht ☐ mittel ☐ stark

Schwindel ja ☐ ab wann? ..... ☐ nein
Übelkeit ja ☐ ab wann? ..... ☐ nein
Erbrechen ja ☐ wie häufig? ..... ☐ nein
Andere Symptome ☐ ja ☐ nein
Spontan erzählt ☐ ja ☐ erfragt
Wenn ja, welche und wann aufgetreten?
.....
.....

4. Frühere Anamnese

Früherer Unfall mit HWS-Beteiligung ja ☐ wann? ..... ☐ nein
Früherer Unfall mit Kopf-Beteiligung ja ☐ wann? ..... ☐ nein
Behandlungsbedürftige Beschwerden vor dem Unfall
(Kopf, Nacken, Rücken, Psyche, etc.) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche und wann?
.....

Medikamente vor dem Unfall ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche und wann? .....
Andere Behandlungen (z.B. Operationen, Physiotherapien, etc.)
Wenn ja, welche und wann?
.....
.....

Bemerkungen (zB. Beruf/Arbeitsstelle/familiäre Verhältnisse) .....

5. Untersuchungsbefunde

Grösse ..... cm Gewicht ..... kg

a) Schmerzen / Beweglichkeit im Bereich der HWS (aktiv d.h. durch den Patienten ausgeführte Bewegungen)

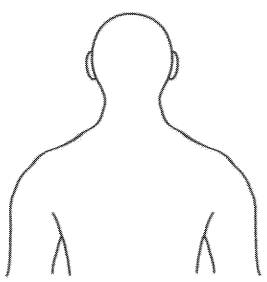
	Schmerz	Beweglichkeit
Flexion	☐	KSA* ..... cm
Extension	☐	KSA* ..... cm
Rechtsdrehung	☐	Grad .....
Linksdrehung	☐	Grad .....
Seitneigung rechts	☐	Grad .....
Seitneigung links	☐	Grad .....

KSA* Kinn-Sternum-Abstand

Bemerkungen
.....

Druckschmerz ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, Lokalisation(en) markieren
[auf dem Bildschirm mit dem Cursor möglich]

links rechts



b) Schmerz / Funktionseinschränkung an anderer Lokalisation ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo? .....

c) Neurologische Untersuchung

Motorische Schwäche ☐ ja ☐ nein

Wenn ja

M. deltoideus	(C5)	☐ re	☐ li
M. biceps brachii	(C6)	☐ re	☐ li
M. triceps brachii	(C7)	☐ re	☐ li
M. abductor dig. min	(C8)	☐ re	☐ li

Weitere Paresen

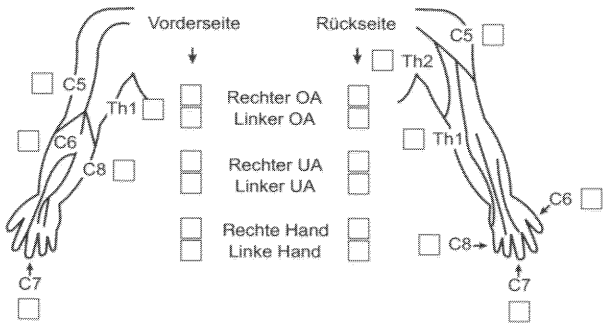
.....

Sehnenreflexe

BSR re	☐ normal	☐ herabgesetzt	☐ fehlend	☐ gesteigert
BSR li	☐ normal	☐ herabgesetzt	☐ fehlend	☐ gesteigert
TSR re	☐ normal	☐ herabgesetzt	☐ fehlend	☐ gesteigert
TSR li	☐ normal	☐ herabgesetzt	☐ fehlend	☐ gesteigert

Parästhesien ☐ ja ☐ nein

Sensible Defizite ☐ ja ☐ nein



Weitere Parästhesien oder sensible Defizite

.....

Andere pathologische neurologische Befunde (zB. Hirnnerven)

.....

d) Aktuelle Bewusstseinslage

Orientierung autopsychisch ☐ ja ☐ nein zeitlich ☐ ja ☐ nein örtlich ☐ ja ☐ nein

Anderes .....

.....

e) Äussere Verletzungen

.....

.....

.....

f) Röntgen HWS ap / seitlich .....

Densaufnahme transbuccal .....

Andere bildgebende Untersuchungen .....

g) Sonstige Feststellungen oder Auffälligkeiten (auch Psyche)

.....

6. Vorläufige Diagnose

.....

7. Therapie / angeordnete Massnahmen

.....

.....

.....

Arbeitunfähigkeit .....% ab ..... bis voraussichtlich .....

Ort und Datum

.....

Stempel und Unterschrift

.....

Der vollständig ausgefüllte Dokumentationsbogen ist dem zuständigen Unfall- oder Krankenversicherer samt Honorarnote von Fr. 100.-- zuzustellen.

Schweizerischer Versicherungsverband SVV / Suva / santésuisse 31.01.03