

D

Holstenwall 8-9

20355 Hamburg

Ihr Zeichen:

Ihre Nachricht vom:

Unser Zeichen:

Ihr Ansprechpartner:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Datum: 16.01.2023

Name, Vorname: Bahnsen, Marvin geb.: 28.07.2000

Unfalltag: 24.11.2022

Belastungserprobung

Ich halte eine Belastungserprobung für erforderlich und empfehle

1 Beginn der Maßnahme:

2 Voraussichtliche Dauer der Maßnahme: Wochen

3

1. Woche: täglich	4,0	Stunden
2. Woche: täglich	4,0	Stunden
3. Woche: täglich	6,0	Stunden
4. Woche: täglich	6,0	Stunden
5. Woche: täglich		Stunden
6. Woche: täglich		Stunden

4 Empfohlene Tätigkeiten:

- ☐ Bisherige Tätigkeit in uneingeschränkter Form
- ☐ Bisherige Tätigkeit in eingeschränkter Form (vgl. nächste Seite)
- ☐ Andere Tätigkeit (vgl. nächste Seite)

5 Zur Beobachtung des Heilverfahrens ist eine Vorstellung vorgesehen:

- ☐ am ☐ bei uns
- ☐ regelmäßig bei

6 Ärztliche Stellungnahme zur Belastbarkeit:

Es soll vermieden werden:

- | | |
|--|--|
| ☐ Ständiges Stehen | ☐ Hitze |
| ☐ Ständiges Gehen | ☐ Fahren von Kraftfahrzeugen |
| ☐ Arbeiten über Kopf | ☐ Starke Beanspruchung der Hand |
| ☐ Arbeiten in gebückter Stellung | ☐ rechts ☐ links |
| ☐ Arbeiten kniend | ☐ Starke Beanspruchung des Armes |
| ☐ Arbeiten hockend | ☐ rechts ☐ links |
| ☐ Alleiniges Heben und Tragen von Lasten | ☐ Starke Beanspruchung des Beines |
| über kg | ☐ rechts ☐ links |
| ☐ Arbeiten auf Gerüsten/Leitern/schrägen Ebenen | ☐ Starker Lärm |
| ☐ Nässe | ☐ dauernd ☐ zeitweilig |
| ☐ Kälte | |

6.1 Sonstiges:

7 Hinweise für den Weg zur Arbeitsstelle, wenn nicht wie bisher möglich:

8 Sonstiges:

Der Vorschlag wurde mit dem Hinweis besprochen, dass der Arbeitgeber bei Durchführung der Belastungserprobung von diesem Schreiben Kenntnis erhält.

16.01.2023

(Datum)

Der Durchgangsarzt
Dr. med. Gerrit Prange
Chefarzt Unfallchirurgie
FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus

Friesenstraße 11
24534 Neumünster
Tel. 04321 / 405 - 2011

(Unterschrift des Arztes)

Anlage
Arbeitsplatzbeschreibung

Verteiler
Versicherter

UNFALLANZEIGE

1 Name und Anschrift des Unternehmers

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

10.988.382.906

3 Empfänger/-in

29 Aktenzeichen

11.042.826.435

BG BAU
30682 Hannover

4 Name, Vorname der versicherten Person

Bahnsen, Marvin

5 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

28.07.2000

6 Straße, Hausnummer

Behshate 8a

Postleitzahl

24601

Ort

Ruhwinkel

7 Geschlecht

☒ Männlich ☐ Weiblich

8 Staatsangehörigkeit

Deutsch

9 Leiharbeiter/-in

☐ Ja ☒ Nein

10 Auszubildende/-r

☐ Ja ☒ Nein

11 Die versicherte Person ist

☐ Unternehmer/-in

☐ Gesellschafter/-in bzw. Geschäftsführer/-in

☐ mit der Unternehmerin/dem Unternehmer:

☐ verheiratet

☐ verwandt

☐ in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung

besteht für 6 Wochen

13 Krankenkasse der versicherten Person (Name, PLZ, Ort)

ADK Nordwest 24306 Plön

14 Tödlicher Unfall

☐ Ja ☒ Nein

15 Unfallzeitpunkt

Tag Monat Jahr Stunde Minute
24.11.2022 9:15

16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

Neumünster Gardeburgerstr 120 24534

17 Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Wollte unter einem Rohr hinunter durch gehen (ca 150 hoch) und bin mit dem Rechten Bein zuerst durch. Dabei bin ich mit dem rechten Fuß weggeklirrt und gestürzt wodurch es ein lautes knall im fuß gab und er sofort anschwellte und nicht mehr belastbar war.

Die Angaben beruhen auf Schilderung

☒ der versicherten Person

☐ anderer Personen

18 Verletzte Körperteile

Rechter Fuß

19 Art der Verletzung

Bänderisse

20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift)

Carsten Repenning

War die Person Augenzeugin/Augenzeuge?

☐ Ja ☒ Nein

21 Erstbehandlung:

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses

Feh Neumünster Friesenstraße 11

22 Beginn und Ende der Arbeitszeit der versicherten Person

Stunde Minute Stunde Minute

Beginn 7:00 Ende 16:30

23 Zum Unfallzeitpunkt tätig als

Dachdecker

24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? Monat Jahr

8.2017

25 In welchem Teil des Unternehmens ist die versicherte Person ständig tätig?

Geselle

26 Hat die versicherte Person die Arbeit eingestellt?

☐ Nein ☒ Sofort

☐ Später, am

Tag Monat Stunde

27 Hat die versicherte Person die Arbeit wieder aufgenommen?

☐ Nein

☒ Ja, am

Tag Monat Jahr

17.01.2023

28 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen

0170 9033670

Krankenkasse bzw. Kostenträger

BG der Bauwirtschaft

Name, Vorname des Versicherten

Bahnßen

Marvin

geb. am
28.07.00

Bekskate 8a

D 24601 Ruhwinkel

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

120290875

Arzt-Nr.

Datum

02.01.23

☒ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit

☐ dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

24.11.22

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit

16.01.23

festgestellt am

02.01.23

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

☐ Erstbescheinigung

☒ Folgebescheinigung

Der angegebenen Krankenkasse wird unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über die Diagnose sowie die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt.

Der Durchgangsarzt
Dr. med. Gerrit Prange
Chefarzt der Unfallklinik
Friedrich-Ebert-Krankenhaus
Friesenstraße 11-24534 Neumünster GmbH
Telefon 043 21 / 405 - 20 11

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes