

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:

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

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 Gardeburger Str 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 weggeklippt 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

Bänderrisse

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