

PKW-Unfall mit Heck-/ Seit-/ Frontalkollision oder Überschlag!!!

Dokumentationsbogen „HWS“

Name: weibl. männl.
 geb. Größe: Gewicht:

Unfalldatum und -zeit:

Untersuchungsdatum:

A. Unfall-Anamnese

- PKW-Unfall mit: Heckkollision Seitkollision
 Frontalkollision Überschlag
- Sitzplatz im Fahrzeug? Fahrersitz Beifahrersitz
 Rücksitz
- Gurt angelegt? ja nein
- Airbag ausgelöst? ja nein
- Kopfhaltung bei Kollision? Gerade Rechtsdrehung
 Linksdrehung weiß nicht
- Oberkörper: Vorneige Seitneige
- Kopfanschlag bei Kollision an Teile im Fahrzeuginneren (außer Kopfstütze)? nein ja nicht erinnerlich

A.1 Beschwerden

Welche?

- Bewußtlosigkeit? nein ja
Erinnerungslücke? nein ja
- Früherer Unfall mit HWS-Beteiligung? nein ja
- Vorbestehende urfallunabhängige HWS-Beschwerden? nein ja
- Vor-OP an der HWS? nein ja

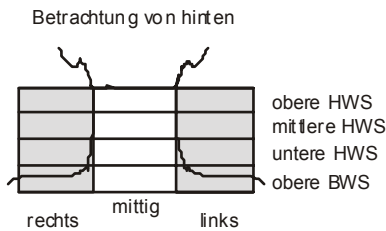
B. Untersuchung

Schmerz / Funktionseinschränkung im Bereich d. HWS?
 (geführte Bewegungen)

	o.B.	Schmerz	Einschränkung
Flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtsdrehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linksdrehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seitneigung rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seitneigung links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Druckschmerz?

- Nein
 Ja (Druckschmerzmaximum ankreuzen!
 → Mehrfachnennungen sind möglich!)



Erschütterungstest (aus Zehenstand abrupt auf die Fersen „fallen“ lassen): o.B. positiv, wo?

Weitere Verletzungszeichen an Schulter, Hals, Kopf?

- nein ja, welche? (z.B. Prellmarke im Gesicht, Schürfung linke Halsseite):

C. Neurologische Untersuchung

Unauffällig (→ weiter mit Punkt D)

Motorische Schwäche:

- Nein
C5: M. deltoideus (Armabspreizer) re. / li.
C6: M. biceps br. (Ellengelenkbeuger) re. / li.
C7: M. triceps br. (Ellengelenkstrecker) re. / li.
C8: M. abd. dig. min. (Kleinfingerabspreizer) re. / li.

Weitere Paresen:

Herabgesetzte Sehnenreflexe (im Vergleich zur Gegenseite): Nein

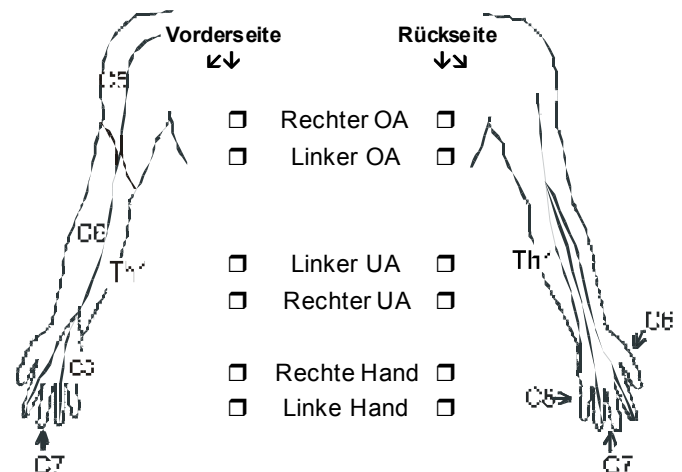
- TSR re. / li.
 BSR re. / li.

Mißempfindungen:

Ja Nein

Sensorisches Defizit:

Ja Nein



D. Bildgebende Diagnostik

Keine Röntgendiagnostik erforderlich / erfolgt. (→ Weiter mit Punkt E.)

Ja: a.p.

seitlich

Kopf gelenke durch geöffneten Mund (Ders-Aufn.)

Optional: aktive Funktionsaufnahmen im
seitlichen Strahlengang (Kopfvor-/rückneige)

Sonstiges (z.B. MRT, CT erforderlich):

Normalbefund

Degenerative Veränderungen in Höhe:

Fraktur, Dislokation, Subluxation, Vor-OP in Höhe:

Steilstellung

Knickbildung

Blockwirbel

Achsabweichung HWK 2

E Befundergebnis / Graduierung

Befundumschreibung für die **HWS**:

keine

andere (z.B. Gurtmarke am Hals, bitte lesbar schreiben!)

Keine Angaben zu Beschwerden im Nacken/HWS (QTF Stadium 0)

subjektiv: Nackenschmerzen, Steifigkeit, Mißempfindungen → objektiv: keine klinischen Anzeichen(QTF Stadium 1)

subjektiv: Nackenbeschwerden → objektiv: muskuloskelettaler Befund (QTF Stadium 2)

subjektiv: Nackenbeschwerden → objektiv: neurologisches Defizit (QTF Stadium 3)

Frakturen oder Dislokationen (QTF Stadium 4)

Weitere Verletzungsdiagnosen:

nein

ja, welche?

Andere, für die HWS wichtige Besonderheiten:

nein

ja, welche? (z.B. rheum. Arthritis, Bechterew, etc.)

F. Behandlungsplan

Arbeitsunfähigkeit:

nein

ja, bescheinigt für _____ Tage

Wiedereinbestellung

ja, Kontrolluntersuchung nach 3 Tagen

5 Tagen

7 Tagen

des Patienten:

nein, Weiterbehandl. durch HA

Chirurg/Orthop.

Neurologe

Andere

Name/Adresse:

Physik./physiotherap.

nein

ja, und zwar:

Behandlung:

Medikamentöse

nein

nicht-steroidale Antirheumatika

Muskelrelaxantien

Behandlung:

nicht opioide Analgetika opioide Analgetika

Psychopharmaka

Schanz' Krawatte:

nein

ja, für 3 Tage

länger als 3 Tage

Andere

nein

ja, und zwar:

Behandlungen:

Konsiliarische

nein

Neurologe

HNO-Arzt

Andere:

Vorstellung:

Name/Adresse:

Ergänzungen, Bemerkungen:

Datum

Stempel (Name d. Arztes, Fachrichtung, Klinik, etc.)

Unterschrift