

**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

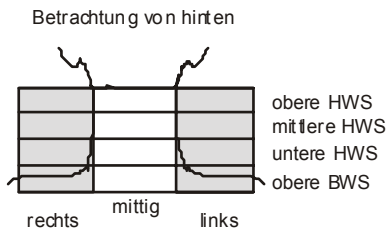
**B. Untersuchung**

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

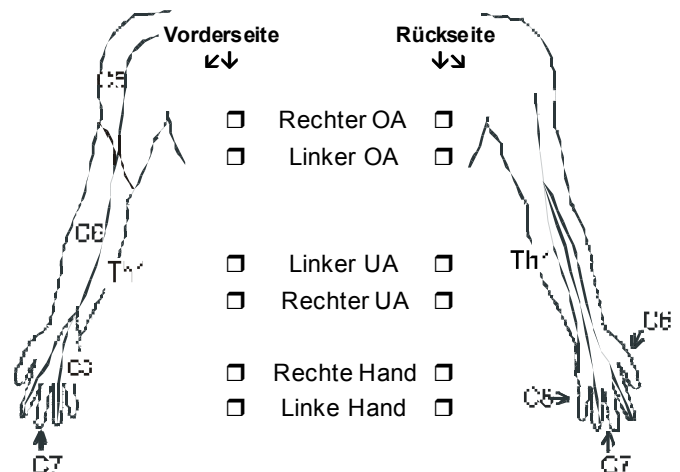
- TSR  re. /  li.  
 BSR  re. /  li.

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