

Arztbericht zum Unfallschaden vom _____

.....
.....
.....
.....

Geburtsdatum:.....

Aktenzeichen:

1.1 Wann kam der Verletzte in Ihre Behandlung (Datum, Uhrzeit) ?

.....

1.2 Wer behandelte den Verletzten vor Ihnen?

.....
.....
.....
.....
.....

2.1 Welchen Befund stellten Sie bei der Erstuntersuchung fest?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.2 Wie lautet die wissenschaftliche Diagnose?

.....
.....
.....
.....
.....

- 2.3 Wurden spezielle Untersuchungen durchgeführt, wie z. B.
- | | | |
|---------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| Röntgenaufnahme | <input type="checkbox"/> ja, am | <input type="checkbox"/> nein |
| Computertomographie | <input type="checkbox"/> ja, am | <input type="checkbox"/> nein |
| Kernspintomographie | <input type="checkbox"/> ja, am | <input type="checkbox"/> nein |

Ergebnis / Befund:

.....

.....

.....

.....

3.1 Welche Behandlungsmaßnahmen waren angezeigt, bzw. wurden veranlasst?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.2 Ist der Patient der Behandlung regelmäßig nachgekommen?

ja nein

3.3 Wie war der Heilverlauf?

.....

.....

.....

.....

3.4 Wurde der Patient stationär behandelt?

ja, vom bis

Wenn ja, wo?

.....

3.5 An welchen Tagen haben Sie den Patienten ambulant behandelt?

.....

4.1 Wann haben Sie den Verletzten zuletzt gesehen?

.....

4.2 Ist die Behandlung bereits abgeschlossen?

.....

4.3 Welche weiteren Heilmaßnahmen sind ggf. noch erforderlich?

.....
.....
.....
.....

5.1 Berufliche Tätigkeit des Patienten vor dem Unfall:

.....

5.2 Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch den Unfall:
(Bitte auch bei Rentnern und Hausfrauen /-Männern ausfüllen)

zu.....%	vom.....	bis.....
zu.....%	vom.....	bis.....
zu.....%	vom.....	bis.....
zu.....%	vom.....	bis.....

----- ©

5.2.1 Beeinträchtigung der haushaltsspezifischen Minderung der Erwerbsfähigkeit durch den Unfall

zu.....%	vom.....	bis.....
zu.....%	vom.....	bis.....
zu.....%	vom.....	bis.....
zu.....%	vom.....	bis.....

5.3 Haben Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt?

() ja, vom..... () nein

.....

5.4 Ist der Patient wieder in der Lage, seiner Beschäftigung voll nachzugehen?

ja, seit dem..... nein

6.1 Besteht die **Möglichkeit** eines Dauerschadens?

ja nein

6.2 Worin ist ein etwaiger Dauerschaden zu sehen?

.....
.....
.....
.....

6.3 Wie hoch schätzen Sie die dauernde Beeinträchtigung?

.....
.....

7.1 Inwieweit besteht eine Einschränkung bei der Tätigkeit im häuslichen Umfeld?

.....
.....
.....

7.2 Können insbesondere schwere Haushaltstätigkeiten wie Putzen, Wäsche aufhängen und Fensterputzen oder Gartenarbeit durchgeführt werden?

ja nein

8.1 Kann der Verletzte alleine ausgehen oder bedarf er fremder Hilfe?

.....

8.2 Ggf. seit wann?

.....

9.1 Raum für ärztliche Anmerkungen und Hinweise

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10.1 Gebühr für diese Bericht und Angabe der Bankverbindung sowie den Namen des Empfängers

.....
.....

Ort und Datum:

Unterschrift und Stempel des Arztes