

## KURZATTEST

Name der verletzten Person:....., geb. ....

Anschrift:.....

Berufliche Tätigkeit:.....

**UNFALLTAG: .....**

1) Ambulante Behandlungstage : .....

2) Stationäre Behandlung : vom ..... bis .....

3) Diagnose: .....

.....

.....

4) Subjektive Beschwerden bei letzter Untersuchung: .....

.....

5) Beeinträchtigung/Minderung der Arbeitsfähigkeit (MdE):

Vom .....bis ..... %

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

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

6) .....

5) Beeinträchtigung in der Haushaltsführung :

Vom .....bis ..... %

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

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

7) Dauerfolgen .....

=====

Dieses Attest bitte dem Patienten aushändigen, dabei einschließlic Quittung über die Attestkosten, welche der Patient bezahlt.

Datum:.....

Arzt: Stempel/Unterschrift