

BERICHT DES BEHANDELNDEN ARZTES

Name der verletzten Person:.....

Anschrift:.....

Geburtsdatum:.....

Berufliche Tätigkeit:.....

Eine schriftliche Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht liegt vor.

UNFALLTAG :

Fragen an den Arzt:

Antworten:

1.1

Wann ist der Verletzte in
Ihre Behandlung gekommen?

.....

1.2

Wann erfolgte stationäre
Behandlung?

.....

von bis

.....

von bis

.....

von bis

1.3

An welchen Tagen erfolgte die
ambulante Behandlung?

.....

von bis

.....

von bis

2.

Was ist Ihnen über die Entstehung
der Verletzung bekannt geworden
(Zeitpunkt, Ort, Ursache)?

.....

.....

.....

.....

3.

Klagen des Verletzten
(subjektive Beschwerden)?

.....

.....

.....

.....

4.1

Objektiver Befund der Verletzungs-
folgen: Zeichen frischer Verletzungs-
spuren etc., insb. auch Gurtspuren.
Genaue Bezeichnung der verletzten
Körperteile

.....

.....

.....

.....

.....

4.2

Lassen sich die subjektiven Beschwerden durch den erhobenen Befund in allen Punkten objektivieren? Falls nicht, in welchen Punkten?

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

4.3
Falls eine Röntgen-Untersuchung vorgenommen wurde:
Wer hat und was wurde geröntgt?

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

5.
Wie lautet Ihre Diagnose?

.....
.....

6.
Welche Anordnungen haben Sie getroffen?

.....
.....

7.
Halten Sie eine besondere Behandlung - ggf. welche - für erforderlich?

.....
.....

8.1
Ist der Zustand des Verletzten lediglich eine Folge des Unfalls?

nein ja

8.2
Haben noch andere, nicht unfallbedingte Umstände mitgewirkt (z.B. bestehende Gebrechen u. Krankheiten)? Ggf. welche? Wenn ja, haben diese die Schadenfolgen erhöht oder verschlimmert und zu welchem Anteil (in %)?

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

9.1
Wird der Verletzte wieder völlig hergestellt werden?

nein ja derzeit nicht zu beurteilen

9.2.
Wird der Unfall Dauerfolgen hinterlassen?

nein ja derzeit nicht zu beurteilen

.....% ab

10.1
In welchem Grad ist der Verletzte durch den Unfall - abweichend von den Bessungsgrundsätzen der Sozialversicherung - in seiner beruflichen Tätigkeit bisher arbeitsunfähig gewesen (in %)?

.....
von bis

%

.....
von bis %

.....
von bis
%

10.2
Seit wann kann die verletzte Person
wieder
ihren Haushalt versorgen:

seit:.....

10.3
Voraussichtliche Wiederherstellung
der Arbeitsfähigkeit:

am:.....

.....

10.4
Der Verletzte ist wieder voll
arbeitsfähig:

seit:.....

.....

11.1
Wie lange wird voraussichtlich die
Heilung noch dauern?

.....

.....

11.2
Ist noch eine weitere Besserung zu
erwarten (ggf. in welchem Umfang)?

() nein () ja

.....

.....

.....

11.3
Ist der Verletzte völlig wieder-
hergestellt? Wenn ja, seit welchem
Tage?

() nein () ja

seit:.....

11.4
Ist die Behandlung abgeschlossen?

() nein () ja

seit:.....

.....

12.1
An welchen Tagen fand eine Behandlung
(Besuche, Beratungen) des Verletzten
statt?

.....

.....

.....

12.2
Wann erfolgte die letzte Untersuchung?

.....

12.3
Wie war dabei Ihr objektiver Befund?

.....

.....

12.4
Welche Maßnahmen oder Anordnungen
haben Sie getroffen?

.....

.....

.....

13.

Haben Sie den Verletzten schon früher behandelt? Wann und woran?

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

14.1

Welche andere Stelle hat bereits Attest oder Gutachten angefordert (Bitte genaue Anschrift angeben)?

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

14.2

Ist die verletzte Person Mitglied einer Krankenkasse?

nein ja
bei:.....

15.

Sind Sie damit einverstanden, daß dieser Bericht dem Verletzten o. dessen Rechtsvertreter zur Kenntnis gebracht wird?

nein ja
.....

16. Zusätzliche Bemerkungen:

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

=====
===

Gebühr für dieses Zeugnis gemäß Ziffer.....GOÄ: €.....

Kontoinhaber:.....

Bankverbindung:.....

Kontonummer:..... Bankleitzahl:.....

Aktenzeichen, Nr.....

Ort, Datum:.....

Unterschrift des Arztes:..... Stempel:.....