

Ärztlicher Bericht

Vertrags-Nummer:

Schaden-Nummer:

Patient

(Name, Anschrift):

Angaben zum Patienten:

Geburtsdatum:

Ausgeübte Beschäftigung:

Tag und Stunde des Unfalls:

Schriftliche Schweigepflichtentbindung: liegt vor

Nein Ja

Haben Sie den Verletzten bereits vor dem Unfall behandelt? Nein Ja
 Wenn ja, wann und weswegen?

Wann ist der Verletzte nach dem Unfall erstmalig in Ihrer Behandlung gewesen? (Datum)

Wurde bereits von anderer Seite ein Bericht von Ihnen angefordert?
 Gegebenenfalls von wem und unter welchem Aktenzeichen?

Unfallort und Hergang (Nach Angaben des Verletzten.):

Liegt ein Arbeitsunfall/Wegeunfall vor?

Wer leistete die erste ärztliche Hilfe? (Genaue Anschrift des Arztes bzw. Krankenhauses.)

Zustand des Verletzten nach dem Unfall:

Bewusstlosigkeit, Erbrechen

Nein Ja

Blutungen aus Mund, Nase, Ohr

Nein Ja

Gedächtnisstörungen

Nein Ja

Konnte der Verletzte seinen Weg alleine fortsetzen,
 oder welche Hilfe musste in Anspruch genommen werden?

Nein Ja

Stand der Verletzte bei Beginn der ärztlichen Behandlung unter Alkohol- oder Drogeneinfluss? Nein Ja

Ort und Zeitpunkt Ihrer letzten Behandlung/Untersuchung? _____

Klagen des Verletzten:

Sind die vom Verletzten vorgebrachten Klagen und Beschwerden ursächlich auf den Unfall zurückzuführen? Nein Ja
Liegt Übertreibung oder Simulation vor? Nein Ja

Objektiver Befund der Verletzungsfolgen:

a) Genaue Schilderung der verletzten Körperteile, Zeichen der Verletzungsspuren, usw.

b) Ärztliche Diagnose

c) Wann und wo erfolgten Röntgenuntersuchungen? (Bitte genaue Anschrift.)

d) Vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderungen oder bestehende Leiden:

Heilverlauf:

a) Von wann bis wann befand sich der Verletzte in stationärer Behandlung?

b) Ende der ambulanten Behandlung? _____

c) Anzahl der ambulanten Behandlungen? _____

d) Ist zur Besserung des Zustandes eine weitere fachärztliche Behandlung oder ein besonderes Heilverfahren erforderlich?

Nein Ja, und zwar: _____

e) Ist durch Anpassung und Gewöhnung eine Besserung des Zustands zu erwarten?

Unfallbedingte konkrete Behinderung in der ausgeübten Beschäftigung

Die vom Verletzten zuletzt ausgeübte Beschäftigung ist aus dem Kopf dieses Formulars ersichtlich. Nur diese konkrete Tätigkeit ist bei Ihrer Beurteilung zu berücksichtigen. Eine allgemeine Einschätzung oder der Ansatz von Werten sogenannter Gliedertabellen (wie z. B. für Berufsgenossenschaften bzw. für die Allgemeine Unfallversicherung) ist also nicht vorzunehmen.

a) Unfallbedingte konkrete Behinderung in der ausgeübten Beschäftigung für die zurückliegende Zeit:

vom _____ bis _____ = _____ %
 vom _____ bis _____ = _____ %
 vom _____ bis _____ = _____ %
 ab _____ voll arbeitsfähig

b) Ist mit einer unfallbedingten konkreten Behinderung in der ausgeübten Beschäftigung für die Zukunft zu rechnen? Nein Ja

Wenn ja, in welchem Maß und für welchen Zeitraum? _____

Liegt insoweit ein Dauerschaden vor? Nein Ja

Verbleibt ein unfallbedingter Dauerschaden, auch wenn er nicht zu einer konkreten Behinderung in der ausgeübten Beschäftigung führt?

Nein Ja, und zwar: _____

Halten Sie eine Nachuntersuchung für eine erneute Beurteilung erforderlich? Nein Ja

Gehört der Verletzte einer Krankenkasse an? Nein Ja, und zwar: _____

Sind Sie mit der Herausgabe des Berichts an die verletzte Person bzw. deren Anwalt einverstanden? Nein Ja

Das Honorar gemäß GOÄ: _____ EUR

Konto für Honorar:

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes