

## Ärztlicher Folgebericht zur privaten Unfallversicherung

Vertrags-Nummer:

Schaden-Nummer:

Verletzte Person:

(Name, Anschrift):





Unfalldatum:

Eine schriftliche Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

liegt vor/an.

Die verletzte Person wurde bei Ihnen stationär behandelt.

Erstellen Sie den Bericht bitte nur anhand Ihrer Aufzeichnungen.

Untersuchen Sie bitte die verletzte Person, falls keine Befunde aus letzter Zeit vorliegen.

Sehr geehrte Damen und Herren,  
zu diesem Unfall haben Sie uns schon berichtet. Bitte unterrichten Sie uns über den weiteren Verlauf. Beachten Sie dabei bitte die nebenstehenden Hinweise – **soweit angekreuzt** –.

### Heilverlauf und letzter Befund

Bisheriger Heilverlauf?

Derzeitige Beschwerden?

Letzter objektiver Befund (einschl. Röntgenbefund)?

Alkohol-, Medikamenten- oder Rauschmitteleinfluss?

Nein  Ja, und zwar:

Wann haben Sie diesen Befund erhoben?

Datum

### Behandlung:

Ist die Behandlung abgeschlossen?

Ja, am

Nein, voraussichtlich am

Bisherige Behandlung?

Geplante weitere Maßnahmen?

**Leistungsfähigkeit:**

Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit durch den Unfall?

zu	<input type="text"/>	%	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
zu	<input type="text"/>	%	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
zu	<input type="text"/>	%	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>

**Arbeitsfähigkeit:**

Zuletzt ausgeübter Beruf/Tätigkeit?

Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch den Unfall in diesem Beruf/Tätigkeit.

zu	<input type="text"/>	%	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
zu	<input type="text"/>	%	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
zu	<input type="text"/>	%	vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>

**Krankenhausaufenthalt:**

Vollstationäre Behandlung wegen des Unfalls?  Nein  Ja

vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>

**Invalidität:**

Wird der Unfall Dauerfolgen hinterlassen?  Nein  Ja

**Bemessung nach der Gliedertaxe**

(Bei Gliedmaßen oder Sinnesorganen ist allein nach funktionellen Gesichtspunkten zu bewerten, ohne Rücksicht auf den Beruf oder sonstige Tätigkeiten.)

Gliedmaßen/Sinnesorgan? Funktionsbeeinträchtigung (1/20, 1/10, 1/7 .... bis 1/1) zur Zeit? Voraussichtlich dauernd?

**Bemessung bei Unfallfolgen, die nicht Gliedmaßen oder Sinnesorgane betreffen.**

(Für den Invaliditätsgrad ist maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.)

Grad der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zur Zeit? Voraussichtlich dauern?  %

Nachuntersuchungstermin zur Festsetzung des Invaliditätsgrades?  Datum

**Vorerkrankungen:** Unfallfremde Krankheiten oder Gebrechen/Folgen aus früheren Unfällen:

Haben diese bei der Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt?

Nein  Ja. Wenn ja, in welchem Umfang?  %

**Andere Versicherer:** An welche gesetzliche Unfallversicherung, Krankenversicherung oder andere Versicherungsgesellschaft haben Sie über diesen Unfall Auskunft gegeben (Namen, Aktenzeichen, Anschriften)?

Das Honorar gemäß GOÄ:  EUR

**Konto für Honorar:**

Kontoinhaber:

Geldinstitut:

IBAN:

BIC:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes