

# ÄRZTLICHER BERICHT

---

---

über

\_\_\_\_\_  
Herrn/Frau

\_\_\_\_\_  
Vorname/Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort

\_\_\_\_\_  
1. Geburtsdatum des Verletzten      \_\_.\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
2. Beruf / Familienstand                      \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
3.1. Erster Behandlungstag                  \_\_.\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
3.2. Letzte eingehende Untersuchung      \_\_.\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
4. Was hat der Verletzte über den Hergang des Unfalles gesagt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
5. Welche Angaben hat der Verletzte über Schmerzen, Funktionsstörungen und Beschwerden gemacht?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
6. Welchen objektiven Befund haben Sie erhoben (Bitte ausführlich):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

6.1. Hatte der Verletzte aus ärztlicher Sicht den Sicherheitsgurt angelegt bzw. einen Sturzhelm getragen?

---

6.2. Welche Diagnose stellen Sie?

---

---

---

---

---

7.1. Bestehen Krankheiten, Gebrechen oder Folgen von früheren Verletzungen?  
Welche?

---

---

---

---

7.2. Erfolgt deren Behandlung durch Sie?  
Wenn nicht, durch wen: \_\_\_\_\_

---

---

7.3. Welcher Grad der Erwerbsminderung resultiert aus dem Unfall vom \_\_.\_\_.\_\_\_\_?

---

8.1. In welcher Weise haben Sie den Verletzten anlässlich des Schadensereignisses behandelt?

Stationär vom: .....bis: .....

Ambulant am: .....

---

8.2. Wie war der bisherige Heilverlauf?

---

8.3. Wann ist / war die ärztliche Behandlung abgeschlossen?

Seit dem: .....

Voraussichtlich: .....

---

8.4. Welche Heilmaßnahmen sind noch erforderlich?

---

9. Welche weiteren Ärzte wurden hinzugezogen?

---

---

---

10. Ist bereits völlige Wiederherstellung erfolgt?

Nein: (....) Ja: (....) Seit: .....

Wenn nicht, wann ist sie zu erwarten: .....

---

11. Wie beurteilen Sie die Arbeitsfähigkeit, auch bei Verletzten ohne Erwerbstätigkeit?

auf:..... % vom: ..... bis: .....

auf:..... % vom: ..... bis: .....

auf:..... % vom: ..... bis: .....

---

12. Bei Dauerfolgen:

In welchem Grad wird eine Behinderung vorliegen und wodurch ist sie entstanden?

In seinem bisherigen Beruf:

Nach allgemeinen Gesichtspunkten:

---

13. Ist im vorliegenden Fall damit zu rechnen, dass Anpassung, Gewöhnung oder weitere Heilmittel den Zustand bessern würden, ggf. welche?

14. Wer trägt die Behandlungskosten?

---

15. Besondere Bemerkungen:

---

Kosten für die Erstellung des Attestes: € .....

Kontoverbindung:

Geldinstitut : .....

Kontoinhaber : .....

.....

.....

Kontonummer: .....

Bankleitzahl : .....

---

(Ort/Datum)

---

(Unterschrift)