

Mein Zeichen (bitte immer angeben):

Ärztlicher Bericht

1. Persönliche Daten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Unfall am

2. Behandlungsdaten

a) Stationäre Behandlung

vom

bis

b) Ambulante Behandlungstermine bei Ihnen

3. Erstuntersuchung

a) Über welche Beschwerden klagte der Verletzte bei Ihrer ersten Untersuchung?

b) Diagnosen

4. Therapie

Welche Heilmaßnahmen haben Sie getroffen?

5. Letzte Untersuchung

a) Über welche Beschwerden klagte der Verletzte bei Ihrer letzten Untersuchung?

b) Diagnosen

6. Minderung der Erwerbsfähigkeit

a) In welchen prozentualen Graden und auf welche Dauer ist der Verletzte in seiner allgemeinen Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt (MdE)?

Bei nicht erwerbstätigen Personen bitte fiktiv angeben.

Bitte nehmen Sie ggf. auch zur Frage der abgestuften MdE Stellung.

b) In welchen prozentualen Graden und auf welche Dauer ist der Verletzte in seiner Fähigkeit zur Haushaltsführung beeinträchtigt (MdH)?

Bitte nehmen Sie ggf. auch zur Frage der abgestuften MdH Stellung.

7. Dauerfolgen

a) Welche konkreten physischen/psychischen Beeinträchtigungen werden durch den Unfall auf Dauer verbleiben?

b) Wird der Verletzte voraussichtlich auf Dauer in seiner allgemeinen Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt bleiben?

Gebühr €: _____

Name und Anschrift Kontoinhaber: _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Name und Sitz der Bank: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes / Stempel