

Arztbericht zum Unfallschaden vom

Aktenzeichen HELIS

Name der / des Verletzten

Anschrift

Geburtsdatum

1. Wann kam die / der Verletzte erstmalig aufgrund des Unfalles in Ihre Behandlung?

2. Welche Verletzungen wurden festgestellt?

3. Sind die vorgenannten Verletzungen ausschließlich Folge dieses Unfalles?

ja

nein; Begründung?

4. Wurden spezielle Untersuchungen durchgeführt, wie z.B.:

Röntgenaufnahme: ja nein

Computertomographie: ja nein

Kernspintomographie: ja nein

Ergebnis / Befund:

5. Wurden Medikamente verordnet?

nein

ja; welche?

6. Wurden weitergehende Maßnahmen verordnet (bspw. Physiotherapie...)?

Nein

ja; welche und in welchem Umfang?

7. Wurde die / der Verletzte stationär behandelt?

nein

ja; im Krankenhaus

vom

bis zum

8. Erfolgte auch eine Behandlung bei anderen Ärzten?

nein

ja; Name und Fachrichtung

9. Wann wurde die Behandlung bei Ihnen abgeschlossen?

10. Wurde eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt?

nein

ja; für den Zeitraum vom

bis zum

11. Bestand eine Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit (mdE) durch den Unfall?

(Bitte auch bei Rentnern, Hausfrauen und Verletzten ohne berufliche Tätigkeit angeben)

nein

ja; zu Grad 100 vom bis zum

zu Grad 80-90 vom bis zum

zu Grad 60-70 vom bis zum

zu Grad 40-50 vom bis zum

zu Grad 20-30 vom bis zum

12. Bestand eine Einschränkung bei der Tätigkeit im häuslichen Umfeld?

nein

ja; für den Zeitraum vom bis zum

Können / konnten insbesondere schwere Haushaltstätigkeiten wie Putzen, Wäsche aufhängen, Fensterputzen oder Gartenarbeit beschwerdefrei durchgeführt werden?

nein

ja

Bedurfte die / der Verletzte zur Durchführung des täglichen Lebens fremder Hilfe?

nein

ja

13. Kann der Eintritt eines unfallbedingten Dauerschadens ausgeschlossen werden?

ja

nein; worin könnte ein Dauerschaden zu sehen sein?

14. Raum für weitere ärztliche Anmerkungen und Hinweise

15. Gebühr für diesen Bericht (unter Berücksichtigung u.a. Ziffer 80 GOÄ)

€

Empfängername

Bank

IBAN

(Datum)

(Unterschrift / Stempel)