

Arztbericht zum Personenschaden vom _____

Verletzte/r:

Geburtsdatum: _____

Aktenzeichen: _____

1.1. Wann kam der Verletzte in Ihre Behandlung (Datum, Uhrzeit)?

1.2. Wer behandelte den Verletzten vor Ihnen?

2.1. Welchen Befund stellten Sie bei der Erstuntersuchung fest?

2.2. Wie lautet die wissenschaftliche Diagnose?

2.3. Wurden spezielle Untersuchungen durchgeführt, z.B.

Röntgenaufnahmen ja, am _____ nein
Computertomografie ja, am _____ nein
Kernspintomografie ja, am _____ nein

Ergebnisse/Befunde:

3.1. Welche Behandlungsmaßnahmen waren angezeigt bzw. wurden veranlasst?

3.2. Ist der Patient der Behandlung regelmäßig nachgekommen?

ja nein

3.3. Wie war der Heilverlauf?

3.4. Wurde der Patient stationär behandelt?

ja, vom _____ bis _____

3.5. An welchen Tagen haben Sie den Patienten ambulant behandelt?

4.1. Wann haben Sie den Verletzten zuletzt gesehen?

4.2. Ist die Behandlung bereits abgeschlossen?

4.3. Welche weiteren Heilmaßnahmen sind ggf. noch erforderlich?

5.1. Berufliche Tätigkeit des Patienten vor dem Vorfall?

5.2. Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch den Unfall (Bitte auch bei Rentnern und Hausfrauen ausfüllen):

zu % vom bis

zu % vom bis

zu % vom bis

5.3. Haben Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt?

ja, vom bis

ja, vom bis

ja, vom bis

5.4. Ist der Patient wieder in der Lage, seiner Beschäftigung voll nachzugehen?

ja, seit dem nein

6.1. Besteht die Möglichkeit eines Dauerschadens?

ja nein

6.2. Worin ist ein etwaiger Dauerschaden zu sehen?

6.3. Wie hoch schätzen Sie die dauernde Beeinträchtigung?

7.1. Inwieweit besteht eine Beeinträchtigung bei der Tätigkeit im häuslichen Umfeld?

7.2. Können insbesondere schwere Haushaltstätigkeiten wie Putzen, Wäsche aufhängen und Fensterputzen oder Gartenarbeit durchgeführt werden?

ja nein

8.1. Kann der Verletzte alleine ausgehen oder bedarf er fremder Hilfe?

8.2. Ggf. seit wann?

9.1. Raum für ärztliche Anmerkungen und Hinweise:

10.1. Gebühr für diesen Bericht und Angabe der Bankverbindung sowie den Namen des Empfängers:

Unterschrift und Stempel des Arztes:

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift