

# Arztbericht

Bericht des behandelnden Arztes:

Patient(in):	
Anschrift:	
Beruf:	
Geburtsdatum:	
Unfall-Datum:	

## 1. Was ist Ihnen über Zeitpunkt und Ursache des Unfalls bekannt?


## 2. Wann ist der (die) Verletzte wegen des Unfalls erstmalig von Ihnen behandelt worden?


## 3. Welchen objektiven Befund haben Sie festgestellt?

a) Genaue Schilderung des objektiven Befundes, falls ein solcher vorliegt


b) Wissenschaftliche Diagnose der Unfallfolgen

ICD:	Klartext:

Weitere Anmerkungen:


c) Ergaben sich bei der ersten Untersuchung Anzeichen dafür, dass der (die) Verletzte unter Alkoholeinfluss oder unter dem Einfluss berauschender Mittel stand?


**4.**

a) Bestehen oder bestanden außer den Unfallfolgen noch andere Leiden, Gesundheitsmängel oder Körperfehler, die den Heilverlauf oder die Wiederausübung der Berufstätigkeit zu beeinträchtigen geeignet sind?


b) Haben Sie den (die) Verletzte(n) wegen dieser Gebrechen früher behandelt? Wenn ja, wann?


**5.**

a) Stationäre Behandlung von - bis?		bis	
b) Hausbesuche am:			
c) Konsultationen in der Sprechstunde:			
d) Ende der Behandlung am			
e) Patient wiederhergestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

**6.**

a) Welche Behandlungsmaßnahmen wurden getroffen, bzw. sind noch vorgesehen?


b) Wie verläuft (verlief) die Heilung oder Behandlung? Wie lange wird die Behandlung noch andauern? Welche ärztliche Behandlung ist ggf. noch erforderlich?


c) Ist die vollständige Wiederherstellung zu erwarten (bis wann)?


d) Ist mit dauernden Unfallfolgen zu rechnen? Inwiefern?


**7. Wie lange und mit welchem Umfang (Prozentsatz) ist der (die) Verletzte durch die Unfallfolgen in der Erwerbstätigkeit (ggf. fiktiv) beschränkt gewesen oder wird es noch sein? (Bitte auch eine Möglichkeit zur teilweisen Ausübung des Berufes berücksichtigen!)**

von		bis		Prozent	
von		bis		Prozent	
von		bis		Prozent	
von		bis		Prozent	
von		bis		Prozent	

**8. Welcher anderen Seite haben Sie bereits ein Attest oder Gutachten abgegeben? Wann?**


**9. Konnte bzw. kann der Patient ein Kraftfahrzeug führen?**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, von		bis	
-----------------------------	------------------------------------	--	-----	--

Gebühr	€
--------	---

IBAN:	
BIC:	
Institut:	
Kontoinhaber:	
Verw.-Zweck:	

Ort und Datum	
---------------	--

Stempel und Unterschrift des Arztes

---