

Ärztlicher Bericht

Vor- und Zuname _____ Geburtsdatum: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Straße, Haus-Nr. : _____ PLZ + Ort: _____

1. Tag der ersten Behandlung?

2. Welche Behandlungsmaßnahmen haben Sie durchgeführt?

3. Welche Beschwerden äußert der Patient?

3.1 Ist das Unfallereignis ursächlich für die geäußerten Beschwerden?

3.2 Seit wann bestehen diese Beschwerden?

3.3 Welcher Befund wird vom behandelnden Arzt erhoben?

4. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Röntgen, am: _____

CT, am: _____

Kernspin, am: _____

5. Wie lautet die Diagnose (zu Ziff. 4)?

6. Fand eine stationäre
Behandlung statt? _____
- 6.1 In welchem Krankenhaus? _____
- 6.2 An welche Ärzte erfolgte
eine Überweisung?
(Bitte Name und Anschrift angeben)
-
7. War der Verletzte zum
Unfallzeitpunkt voll arbeitsfähig? Ja Nein
8. Die letzte Untersuchung wegen
der Unfallfolgen fand statt am: _____
- 8.1 Wie lautet der aktuelle Befund?
-
- 8.2 Wurde Krankengymnastik o.ä,
Behandlungen verordnet?
Wenn ja, welche? Ja Nein
9. Der Verletzte war arbeitsunfähig
Von: _____ bis _____ zu _____ %
Von: _____ bis _____ zu _____ %
Von: _____ bis _____ zu _____ %
- 9.1 Ist die Behandlung bei
Ihnen abgeschlossen? Ja Nein nicht bekannt
- 9.2 Wird die Behandlung durch einen
anderen Behandler fortgeführt? Ja Nein
- 9.3 Können Sie ausschließen, dass
Folgeschäden aus diesem
Verkehrsunfall später noch
auftreten können? Ja Nein

9.4 Besteht ein Arthroserisiko? Ja Nein nicht beurteilbar

9.5 Können Haushaltstätigkeiten wie Putzen, Bügeln, Aufhängen von Wäsche und Fensterputzen durchgeführt werden? Ja Nein mit Einschränkungen

10. Besondere Anmerkungen

Gebühr EUR _____ Ort und Datum: _____
(gemäß GOÄ)

Geldinstitut: _____

IBAN: _____ SWIFT: _____

Kontoinhaber: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes