

SCHLUSSBERICHT DES BEHANDELNDEN ARTZTES

An die

Schadennummer

Name des (der) Patienten (-in): _____
Geb.-Datum: _____ Beruf: _____
Unfalltag: _____ Beginn der Behandlung: _____
Worin Bestand die Behandlung?
Diagnose (in deutscher Sprache):
Wann hat die Behandlung geendet?
Hat der (die) Verletzte die im Rahmen der Behandlung erteilten Weisungen regelmäßig befolgt?
Ist der Krankheitszustand durch anderweitige Krankheitszustände oder ein Gebrechen beeinflusst worden? Wenn ja , durch welche und welchem Grad Im welchen Zeitraum befand sich der (die) Verletzte in stationärer Krankenhauspflege?
Bei unselbständig Erwerbstätigen: In welchem Zeitraum wurde der (die) Verletzte der Krankenkasse als arbeitsunfähig gemeldet?
Bei selbstständig Erwerbstätigen: In welchem Zeitraum konnte der (die) Verletzte in keiner Weise dem ausgeübten Beruf nachgehen? In welchem Zeitraum konnte sich der (die) Verletzte zumindest zur Hälfte dem Beruf widmen? In welchem Zeitraum war der (die) Verletzte teilweise in der Berufsfähigkeit eingeschränkt?
Sonstige Bemerkungen:

Jetziger Befund?

Wenn sich als Folge eine bleibende Invalidität ergeben hat:
Worin besteht diese?

In welchem Ausmaß (in Prozent ausgedrückt) ist die Gebrauchsfähigkeit der von den Unfallfolgen betroffenen Gliedmaßen oder Sinnesorganen eingeschränkt?

Soweit nicht Sinnesorgane und/oder Gliedmaßen betroffen sind:
In welchem Ausmaß ist der (die) Versicherte in seiner (ihrer) Fähigkeit, Erwerb durch den Beruf (Beschäftigung) zu erzielen, der seinen (ihren) Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm (ihr) unter billiger Berücksichtigung seiner (ihrer) Ausbildung und seines (ihres) bisherigen Berufes zugemutet werden kann, eingeschränkt?

Ist eine Besserung des Zustandes möglich?
Wenn ja, in welchem Ausmaß?

Für wann empfehlen Sie eine Nachuntersuchung zur entgeltigen Feststellung des Invaliditätsgrades?

Erhält der verletzte zur Zeit eine Versehrtenrente, wenn ja, von wem?

Wurden Sie von einer anderen Privatversicherung zur Auskunftserteilung aufgefordert, wenn ja, von welcher?

Datum

Stampiglie und Unterschrift des Arztes