

# Ärztlicher Bericht

zu einem Haftpflichtschaden

Aktenzeichen:

Zuname, Vorname:		Berufliche Tätigkeit:	
Straße, Haus-Nr. :		Geburtsdatum:	
PLZ, Ort Telefonnummer:		Unfalltag und -uhrzeit:	
1	Tag und Uhrzeit der ersten Behandlung?	Tag:	Stunde:
1.1	Welche Behandlungsmaßnahmen haben Sie durchgeführt?		
2.1	Angaben des Verletzten zum Unfallhergang:		
2.2	War der Sicherheitsgurt angelegt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
2.3	Wurde ein Sturzhelm getragen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
3.1	Welcher objektive Befund wird vom behandelnden Arzt erhoben?		
3.2	Konnten Gurtspuren festgestellt werden?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt	
3.3	Lag zum Unfallzeitpunkt Alkohol- oder Rauschmittelgenuss vor?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt	
4	Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?	Röntgen? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, am:	CT? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, am:
			Kernspin? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, am:
5	Wie lautet die Diagnose?		

	Fand eine stationäre Behandlung statt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, vom	bis
6.1	In welchem Krankenhaus?		
6.2	An welche Ärzte erfolgte eine		
6.3	Überweisung? Ggfs. Name und Anschrift:		
7.1	War der Verletzte zum Unfallzeitpunkt voll arbeitsfähig? Ggf. weshalb nicht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein, weil	
7.2	Bestehen beim Verletzten Krankheiten, Gebrechen oder Folgen von Verletzungen, die mit diesem Unfallereignis <b>nicht im Zusammenhang</b> stehen und inwieweit wurde dadurch der unfallbedingte Heilverlauf bzw. die Erwerbsfähigkeit beeinflusst?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, und zwar	
8.1	An welchen Tagen war der Verletzte in Ihrer Behandlung?		
8.2	Die letzte Untersuchung wegen der Unfallfolgen fand statt am:		
8.3	Wie lautet der aktuelle Befund?		
9.1	Der Verletzte war arbeitsunfähig	von:                      bis:	%
		von:                      bis:	%
		von:                      bis:	%
		von:                      bis:	
9.2	Der Verletzte war arbeitsfähig seit	Datum:	%
9.3	Ist die Behandlung abgeschlossen? Wenn nein, voraussichtliche Dauer:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein, voraussichtlich noch	
9.4	Werden voraussichtlich Dauerfolgen des Unfalles zurückbleiben? Wenn ja, worin bestehen diese?	<input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> Ja, und zwar:	
10	Wurde bereits von anderer Seite ein Bericht von Ihnen angefordert? Wenn ja, bitte Namen, Anschrift und Aktenzeichen:	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, und zwar von	
11	Wer ist Kostenträger der unfallbedingten Heilbehandlung?		
12	Besondere Bemerkungen (z. B. Aggravation):		

	Geldinstitut:	Ort und Datum:
Gebühr EUR		
(gemäß GOÄ)	IBAN: BIC: Kontoinhaber:	Stempel und Unterschrift des Arztes