

ÄRZTLICHER BERICHT über Unfallfolgen

Personalien des Patienten (evtl. fehlende Angaben bitte ergänzen): _____

Name und Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Unfalldatum: _____ Uhrzeit: _____

Angaben über das Unfallereignis

1.1 Wie schildert der Patient den Unfallhergang? _____

1.2 War der Patient angegurtet bzw. trug er einen Schutzhelm? ja nein

1.3 Wurden Gurtspuren/-verletzungen nachgewiesen? Welche? ja nein

Erstbefund

2.1 Wann war die Erstvorstellung bei Ihnen? Datum: _____

2.2 Über welche Beschwerden klagte der Patient bei der Erstvorstellung?

2.3 Klinischer Befund bei der ersten Untersuchung?

2.4 Lag Bewusstlosigkeit vor? ja, wie lange? _____ nein

2.5 Amnesie? ja, wie lange? _____ nein

2.6 weitere neurologische Symptome? ja, welche? _____ nein

Diagnose

3. Diagnose _____

Krankenhausaufenthalt

4.1 Fand eine stationäre Behandlung wegen des Unfalls statt? ja nein

vom _____ bis _____ vom _____ bis _____

vom _____ bis _____ vom _____ bis _____

4.2 In welchem Krankenhaus? Geben Sie bitte den behandelnden Arzt/zuständige Station an.

Behandlung

5.1 An welchen Tagen fand eine ambulante Behandlung statt?

5.2 Wurde der Patient vorher schon behandelt? Wenn ja, Name, Anschrift, welches Fachgebiet?

5.3 Erfolgte eine Überweisung an andere Ärzte? Wenn ja, Name, Anschrift, welches Fachgebiet?

Heilverlauf und letzter Befund

6.1 Wie war der Verlauf der bisherigen Heilbehandlung?

6.2 Welche Heilmaßnahmen haben Sie getroffen?

6.3 Über welche Beschwerden klagte der Patient bei der letzten Vorstellung? am: _____

6.4 Letzter klinischer Befund? am _____

6.5 Letzter klinischer Befund der Röntgenuntersuchung, CT, Kernspin? am _____

6.6 Ist die Behandlung abgeschlossen?
 ja, seit _____ nein, voraussichtl. am _____

6.7 Welche weiteren oder sonstigen therapeutischen Maßnahmen halten Sie für erforderlichlich?

- Bitte beachten Sie hierzu auch die Fragen 9.1 - 9.3 -

**Leistungs-
fähigkeit**

7.1 Konnte bzw. kann der Patient ein Kraftfahrzeug führen?
 ja nein, vom _____ bis _____

7.2 War oder ist der Patient pflegebedürftig?
 nein ja, vom _____ bis _____
Ggf. in welchem Umfang?

7.3 Konkrete unfallbedingte Beeinträchtigung der allgemeinen Erwerbsfähigkeit (bei nicht erwerbsfähigen Personen bitte fiktiv), Zeitraum und Grad der Beeinträchtigung (MdE):
vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ %
vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ %

7.4 Erfolgte eine Krankschreibung?
 nein ja, vom _____ bis _____

**Dauer-
folgen**

8.1 Ist mit einer völligen Wiederherstellung zu rechnen? ja nein

8.2 Wenn nein, kann die vor dem Unfall ausgeübte Tätigkeit ohne wesentl. Behinderung wieder ausgeübt werden? ja nein, welche Einschränkungen?

8.3 Ist eine Umschulung erforderlichlich? ja nein

**Vorer-
krankung**

9.1 Anhaltspunkte für unfallfremde Krankheiten und Gebrechen oder/und Folgen aus früheren Unfällen?
 ja, welche? nein

9.2 Haben diese bei der Gesundheitsbeeinträchtigung oder deren Folgen mitgewirkt?
auf Art und Dauer der Beschwerden ja nein
auf den Heilungsverlauf ja nein

9.3 Beschränkten diese die allgemeine Arbeitsfähigkeit des Patienten?
 ja, zu _____ % nein

9.4 Wurde der Patient schon früher von Ihnen behandelt? ja, weshalb? nein

**Kosten-
träger**

10. Welcher Kostenträger (Krankenkasse, BG usw.) ist eintrittspflichtig?

Mit der Weitergabe dieses Berichts an den Patienten und erforderlichenfalls an andere mit dem Schadenfall befasste Leistungsträger bin ich einverstanden.

Gebühr EUR _____

Postgiro/Bank _____

Bankleitzahl _____

Konto-Nr. _____

Kontoinhaber _____

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift des Arztes