

Bitte senden Sie diesen Bericht an

Rechtsanwälte
Bobenstetter, Landgraf & Landgraf
RA Wilhelm Bobenstetter
Zenettistr. 20/II

80337 München

Anschrift/Stempel des Arztes

Ärztlicher Kurzbefund

Patient/in _____ geb. am: _____
wohnhaft in: _____
Unfalltag: _____
berufliche Tätigkeit: _____

1. Angaben des Verletzten zum Unfallhergang: _____

2. Art der Primärverletzungen: _____

3. Subjektive Beschwerden: _____

4. Ihre Diagnose (ICD-10 Ziff.): _____

5. Wurden Röntgenuntersuchungen durchgeführt? ja nein

6. War eine stationäre Behandlung erforderlich? ja nein

6.a In welchem Krankenhaus? _____ von _____ bis _____

6.b Ambulante Behandlung von _____ bis _____

6.c Anzahl (mit Datum der jeweiligen Behandlungen)

6. d Welche Heilmaßnahmen wurden direkt eingeleitet? _____

7. Welche Behandlungen sind geplant bzw. unfallbedingt angezeigt? _____

8. Wann ist das Heilverfahren -- voraussichtlich -- beendet?

9. Liegt Arbeitsunfähigkeit (AU) vor? ja nein

Voraussichtliche Dauer der AU: _____

10. Beeinträchtigung/Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

..... %

von _____ bis _____

11. Haushaltsspezifische Beeinträchtigung (MdH)

..... %

von _____ bis _____

12. Können Sie garantieren, dass unfallbedingte Zukunftsschäden (z.B. Arthrose, Narbenprobleme) auszuschließen sind? ja nein

13. Empfehlen Sie eine Nachuntersuchung? ja nein

wenn ja wann: _____ durch wen? _____

14. Besonderheiten nach welchen nicht gefragt wurde - relevante Vorschäden oder Vorerkrankungen?

_____, den _____

Unterschrift mit Stempel

Für diesen Bericht berechne ich _____ €

Bankverbindung: _____ Kto.: _____ · BLZ: _____