

Kanzlei Manusch | Heinsch
Berliner Straße 23
36119 Neuhof
Tel. 06655 - 5040 Fax 06655 - 5049
www.kanzlei-manusch.de



bitte **vorab** per
Kontaktformular
oder Mail an
[kanzlei@kanzlei-
manusch.de](mailto:kanzlei@kanzlei-manusch.de)

Arztbericht zum Schadenereignis vom _____

Patient: _____ **Geburtsdatum:** _____

Aktenzeichen:

1. Wann wurde der Patient bei Ihnen vorstellig (Datum & Uhrzeit) ?

2. Welchen Befund stellten Sie bei der Erstuntersuchung fest und welche Diagnose stellen Sie?

Wurden dabei spezielle Untersuchungen durchgeführt, wie z. B.

Röntgenaufnahme () ja, am _____ () nein
Computertomographie () ja, am _____ () nein
Kernspintomographie () ja, am _____ () nein

Ergebnis / Befund:

3. Welche Behandlungsmaßnahmen waren angezeigt, bzw. wurden veranlasst?

Wie verlief die Heilung und hat der Patient daran mitgewirkt?

Wurde der Patient stationär behandelt?

() ja, vom _____ bis _____

Wenn ja, wo?

An welchen Tagen haben Sie den Patienten ambulant behandelt?

4. Wie ist der gegenwärtige Genesungsstand?

Ist die Behandlung bereits abgeschlossen oder sind noch weitere Maßnahmen notwendig? Wann hat sie der Patient zuletzt konsultiert?

5. Folgen für den Patienten

Beruf vor dem Schadensereignis

Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch den Unfall:

zu. ____ % vom _____ bis _____
zu. ____ % vom _____ bis _____
zu. ____ % vom _____ bis _____
zu. ____ % vom _____ bis _____

Beeinträchtigung der haushaltsspezifischen Minderung der Erwerbsfähigkeit durch den Unfall:

zu. ____ % vom _____ bis _____
zu. ____ % vom _____ bis _____
zu. ____ % vom _____ bis _____
zu. ____ % vom _____ bis _____

Haben Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt?

() ja, vom _____ bis _____ () nein

Ist der Patient wieder in der Lage, seiner Beschäftigung voll nachzugehen?

() ja, seit dem _____ () nein

Besteht die Möglichkeit eines Dauerschadens? () ja () nein

Wie hoch ist der Grad der dauernden Beeinträchtigung?

Inwieweit besteht eine Einschränkung bei der Tätigkeit im häuslichen Umfeld?

Können insbesondere schwere Haushaltstätigkeiten wie Putzen, Wäsche aufhängen, Fensterputzen oder Gartenarbeit durchgeführt werden? () ja () nein

Kann der Verletzte alleine ohne Aufsicht das Haus verlassen oder bedarf er Unterstützung Dritter?
Wenn ja, seit wann und in welchem Umfang?

6. Weitere Anmerkungen und Hinweise

7. Gebühren für den Bericht und Zahlungshinweise

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes