

Ärztlicher Bericht

Verletzte Person:

1. Tag der ersten Behandlung:
2. Behandlungstage:
3. Diagnose und Art der Behandlung, Verschreibungen:
4. Haben Sie den Patienten/ die Patientin krankgeschrieben?

Falls Ja: von wann bis wann:

5.a) Wurde ein Konzil / Untersuchung bei einem anderen Art wegen der unfallbedingten Verletzung veranlasst? Was erbrachte diese(s)?

b) erfolgte darüber hinaus eine krankengymnastische Behandlung, öä (Reizstrom, osteopathisch, Wärme etc), von wann bis wann?

c) wurden Medikamente / medizinische Hilfsmittel verschrieben/ verabreicht? Wurden diese gut vertragen?

6. Konkrete unfallbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bzw. Beeinträchtigung bei der Haushaltstätigkeit:

zu % vom bis

zu % vom bis

zu % vom bis

7. Ist die unfallbedingte Behandlung abgeschlossen? Ja nein

8. Falls nein: voraussichtliche Dauer:

9. Werden möglicherweise Dauerfolgen des Unfalls zurück bleiben? Falls ja: worin bestehen diese?

10. Welche gesundheitlichen Folgeschäden sind vorhersehbar, obgleich sie sich zum heutigen Zeitpunkt noch nicht realisiert haben?

11. Führt (e) die physische Verletzung zu einer psychischen Beeinträchtigung / Erkrankung oder ist zukünftig hiermit als Folge des Unfalls zu rechnen?

12. Die letzte Untersuchung wegen der Unfallfolgen fand statt am:

.....
Unterschrift des Arztes mit Praxisstempel