

ÄRZTLICHER BERICHT zu einem Haftpflichtschaden

Antwort

**Itzehoer Versicherung / Brandgilde von 1691
Versicherungsverein a. G.**

Itzehoer Platz

25521 Itzehoe

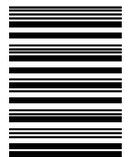
Schaden-Nr.

Schadentag

Name des Patienten

Geburtsdatum

1. Tag und Uhrzeit der ersten Behandlung bei Ihnen?		
2.1 Angaben des Patienten zur Verletzungsursache:		
2.2 Bei verletzten Kfz.-Insassen: War der Sicherheitsgurt angelegt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	2.4 Bei verletzten Kfz.-Insassen: Wurden Gurtspuren festgestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
2.3 Bei verletzten Zweiradfahrern: Wurde ein Schutzhelm getragen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	2.5 Lag zum Unfallzeitpunkt Alkohol- oder Rauschmittelgenuss vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
3. Welcher objektive Befund wurde vom behandelnden Arzt erhoben?		
4. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?	Röntgen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____	CT <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____
Kernspin <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____		
5. Wie lautete die Diagnose?		
6.1 Fand eine stationäre Behandlung statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____		
6.2 Falls ja, in welchem Krankenhaus?		
7.1 War der Verletzte zum Zeitpunkt der Verletzung voll arbeitsfähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil:		



S 40 FSC036 01.09.2016

Wenn dieses Formular **gefaxt** wird, bitte Schaden- oder Versicherungs-Nr. angeben: _____

7.2 Bestehen beim Verletzten Krankheiten, Gebrechen oder Folgen von Verletzungen, die mit diesem Unfallereignis nicht in Zusammenhang stehen und inwieweit wurde dadurch der unfallbedingte Heilverlauf bzw. die Erwerbsfähigkeit beeinflusst?

nein ja, und zwar:

8.1 Welche Therapien / Behandlungen haben Sie aufgrund des Unfalles verordnet / durchgeführt?

8.2 Die letzte Untersuchung wegen der Verletzung fand statt am:

8.3 Behandlung abgeschlossen? Wenn nein, voraussichtliche Dauer?

ja nein, voraussichtlich noch bis:

8.4 Wie lautet der aktuelle unfallbedingte Befund?

9.1 Der Verletzte war unfallbedingt arbeitsunfähig vom _____ bis _____

gar nicht

9.2 Wie hoch in % schätzen Sie (in zeitlicher Abstufung) die bisherige und gegenwärtige unfallbedingte MdE des Patienten in seinem Beruf oder seiner sonstigen Tätigkeit ein (Bitte Einschätzung auch dann, wenn der Patient nicht im Erwerbsleben steht)?

zu _____ % im Zeitraum von _____ bis _____

zu _____ % im Zeitraum von _____ bis _____

zu _____ % im Zeitraum von _____ bis _____

9.3 Werden voraussichtlich Dauerfolgen der Verletzung zurückbleiben?

nein ja (wenn ja, worin bestehen sie):

Der endgültige unfallbedingte MdE-Dauerschaden beträgt: _____ %

kann derzeit nicht beurteilt werden

9.4 Wenn Dauerfolgen momentan nicht eingeschätzt werden können, wann wird dies voraussichtlich möglich sein?

10. Wurde schon von anderer Seite ein Bericht von Ihnen angefordert?

nein ja, und zwar von:

11. Wer ist Kostenträger der unfallbedingten Heilbehandlung?

12. Besondere Bemerkungen (z. B. Aggravation):

Liquidation €

Zahlung an:

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Konto-Verbindung: IBAN

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes