

Absendende/r Arzt/in:

| |
|--|
| |
|--|

An
 Herrn Rechtsanwalt
 Thomas H. Haymann
 Gevelsbergstraße 13
 44269 Dortmund

Eintrag oder Praxisstempel

Ärztliche Bescheinigung

| | |
|--|--|
| Patient/in: Vorname, Name | |
| 1. Geburtsdatum | |
| 2. Beruf des Verletzten | |
| 3. Wann und wo fand die Untersuchung statt? | |
| 4. Welche Angaben machte er über die Entstehung der Verletzung und über die Art seiner Beschwerden? | |
| 5 a. Welchen Befund haben Sie im Einzelnen festgestellt (ausführliche Darstellung)? | |
| 5 b. Diagnose | |
| 6. Halten Sie diesen Befund für die unmittelbare Folge des Unfalls? | |
| 7. Hatte der Patient noch einen anderen als den in Frage stehenden Unfall, ggf. mit welchen Folgen? | |
| 8. Leidet bzw. litt der Patient unfallunabhängig an Krankheiten oder Gebrechen, ggf. an welchen? | |
| 9. Zutreffendenfalls: Haben diese möglicherweise irgendeine Bedeutung für die Entstehung oder Heilung der Unfallfolgen? Wenn ja, welche? | |
| 10. Lassen irgendwelche Umstände auf einen ungewöhnlichen Heilverlauf schließen? | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----|------------------|----|------------------|-----|-----|----|------------------|-----|-----|----|------------------|-----|-----|----|------------------|
| 11. Beginn und Ende der Behandlung? (aufgeschlüsselt nach stationär und ambulant) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Anzahl der Behandlungstage innerhalb dieses Zeitraums | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Worin bestand Ihre Tätigkeit an den Behandlungstagen? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Welche Verordnungen haben Sie getroffen? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Rezepte, Heilmittel) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Halten Sie eine weitere ärztliche Behandlung für angezeigt? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Empfehlen Sie eine Nachuntersuchung, ggf. wann? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Wie schätzen Sie die unfallbedingte Arbeitsbe- hinderung im Hinblick auf den Beruf des Verletzten ein? (Bitte geben Sie Ihre Schätzung nach bestimmten Zeitabschnitten und Prozenten | <table border="0"> <tr> <td>von</td> <td>bis</td> <td>zu</td> <td>% arbeitsunfähig</td> </tr> <tr> <td>von</td> <td>bis</td> <td>zu</td> <td>% arbeitsunfähig</td> </tr> <tr> <td>von</td> <td>bis</td> <td>zu</td> <td>% arbeitsunfähig</td> </tr> <tr> <td>von</td> <td>bis</td> <td>zu</td> <td>% arbeitsunfähig</td> </tr> </table> | von | bis | zu | % arbeitsunfähig | von | bis | zu | % arbeitsunfähig | von | bis | zu | % arbeitsunfähig | von | bis | zu | % arbeitsunfähig |
| von | bis | zu | % arbeitsunfähig | | | | | | | | | | | | | | |
| von | bis | zu | % arbeitsunfähig | | | | | | | | | | | | | | |
| von | bis | zu | % arbeitsunfähig | | | | | | | | | | | | | | |
| von | bis | zu | % arbeitsunfähig | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Welche objektiven Folgen des Unfalls liegen heute noch vor? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19. Werden dauernde Nachteile zurückbleiben, evtl. welche? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. In welcher Weise werden sich diese Nachteile bei der Berufstätigkeit des Patienten bemerkbar machen? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. Werden diese eine nennenswerte Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit zur Folge haben? | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliche Liquidation

Für die vorstehende Bescheinigung erlaube ich mir wie folgt zu berechnen:

Ärztliches Honorar
Schreibkosten

gesamt

Ich bitte um Überweisung auf folgendes Konto:

IBAN:

BIC:

Unterschrift _____