

Absendende/r Arzt/in:

An  
 Herrn Rechtsanwalt  
 Thomas H. Haymann  
 Gevelsbergstraße 13  
 44269 Dortmund

Eintrag oder Praxisstempel

**Ärztliche Bescheinigung**

(Sie können das Formular auch online ausfüllen: [www.haymann.com/formulare.html](http://www.haymann.com/formulare.html)).

<b>Patient/in: Vorname, Name</b>	
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> </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?																	

Datum

---

Unterschrift

---

<b>Ärztliche Liquidation</b>	
Rechnungsnummer:	_____
Für die vorstehende Bescheinigung erlaube ich mir wie folgt zu berechnen:	
Ärztliches Honorar	.....
Schreibkosten	.....
gesamt	.....
Ich bitte um Überweisung auf folgendes Konto:	
IBAN:	.....
BIC:	.....
Datum:	_____
Unterschrift, (ggf. Stempel):	_____

<b>Auszug aus der GOÄ</b>	
Ziffer:	
70 Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung .....	2,33 €
75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie) .....	7,58 €
Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.	
80 Schriftliche gutachtliche Äußerung .....	17,49 €
85 Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand – gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung –, je angefangene Stunde Arbeitszeit --.....	29,14 €
95 Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite .....	3,50 €
96 Schreibgebühr, je Kopie .....	0,17 €
Die Schreibgebühren nach den Nummern 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nummern 80 und 85 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	