

Königsallee 178a
D-44799 Bochum
<http://www.jusweb.info>

Aktennummer

Böhmer & Lotz

RECHTSANWÄLTE

Ärztlicher Bericht zu einem Haftpflichtschaden (3 Seiten)

Name, Anschrift des Arztes

Tel. + 49 (0) 234/4524210

Fax + 49 (0) 234/4524211

Mail: kanzlei@jusweb.info

Datum

© 2011 by Böhmer&Lotz

1) Patient/in	
a) Name des Verletzten	<input type="text"/>
b) geboren am	<input type="text"/>
c) Beruf	<input type="text"/>
d) Anschrift	<input type="text"/>
f) Krankenkasse	<input type="text"/>
g) Krankenversicherung	<input type="text"/>
h) Berufsgenossenschaft (falls Sie von dort Zahlungen erhalten)	<input type="text"/>
2) Beschwerden des/der Patienten/in	
a) Unfallschilderung	<input type="text"/>
b) Welche Klagen äußert der/die Patient/in?	<input type="text"/>
c) Wann traten die Beschwerden auf?	<input type="text"/>
d) Ihr erster Untersuchungsbefund	<input type="text"/>
e) Ist der Unfall ursächlich für die Verletzungen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3. Ihre Behandlungen des/der Patienten/in	
a) Erster Behandlungstag	<input type="text"/>
b) Von wem wurde der/die Patient/in überwiesen?	<input type="text"/>
c) Untersuchungen am? Daten trennen durch Semikolon	<input type="text"/>
d) Behandlungen ambulant am? Daten trennen durch Semikolon	<input type="text"/>
e) Behandlungen stationär am? Daten trennen durch Semikolon	<input type="text"/>
	Fortsetzung Seite 2

f) Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> CRT <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Kernspin
g) Haben Sie ihn/sie schon früher behandelt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
h) Ist Ihre Behandlung abgeschlossen? Falls Ja, letzter Behandlungstag? Falls Nein, wann voraussichtlich?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="text"/> <input type="text"/>
4) Heilungsverlauf des/der Patienten/in	
a) Vorerkrankungen vor dem Unfall? Hatten diese ggf. Einfluss auf den Heilungsverlauf?	<input type="text"/> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
b) Ihre letzte Diagnose?	<input type="text"/>
c) Wie verlief bisher die Heilung?	<input type="text"/>
d) Welche Heilmaßnahmen hatten Sie angeordnet?	<input type="text"/>
e) Welche weiteren Heilmaßnahmen empfehlen Sie ggf?	<input type="text"/>
f) Sind Spätfolgen der Unfalls zu befürchten? Welche ggf?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="text"/>
g) Besteht ein Arthroserisiko?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5) Einschränkungen der/der Patienten/in	
a) War der/die Patient/in in der Erwerbstätigkeit eingeschränkt (MdE)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
b) Falls Ja,	von <input type="text"/> bis <input type="text"/> zu <input type="text"/> % von <input type="text"/> bis <input type="text"/> zu <input type="text"/> % von <input type="text"/> bis <input type="text"/> zu <input type="text"/> %

c) War der/die Patient/in in der Haushaltsführung eingeschränkt (MdH)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein																								
d) Falls Ja,	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 25%;">von</td> <td style="text-align: center; width: 25%;">bis</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">zu</td> <td style="text-align: center; width: 40%;">%</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	von	bis	zu	%	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
von	bis	zu	%																						
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>																						
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>																						
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>																						
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>																						
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>																						
6) Ihre Hinweise																									
a) Haben Sie bereits Versicherungen einen Arztbericht erstattet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein																								
b) Wenn Ja, an wen?	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>																								
c) Haben Sie weitere Angaben auf einem Ergänzungsblatt verfasst?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein																								
d) Liegen Ihnen in den Krankenunterlagen Arztberichte oder Untersuchungsberichte vor, die Sie an weiter behandelnde Kollegen oder die zuvor behandelnde Kollegen an Sie erstattet haben?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein																								
Datum Unterschrift, Arztstempel	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> 																								