

Arztbericht für Haftpflichtschäden

Unser Aktenzeichen (bitte stets angeben):

A¹ Vor- und Zuname des Verletzten: _____ Geb. Datum: _____
A² Beruf: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm
A³ Wohnort und Straße: _____

B¹ Unfalltag: _____ Unfallzeit: _____ Unfallort: _____
B² Datum des Beginns Ihrer ärztlichen Behandlung: _____
B³ An welchen Tagen fanden bisher ärztliche Konsultationen statt: _____
B⁴ Welche Ärzte haben den Verletzten schon vorher behandelt (genaue Anschriften): _____
B⁵ Wann geschah dies: _____

C¹ Ursache der Entstehung der Verletzung: _____
C² Von wem haben Sie diese Auskunft: _____
C³ Wie schildert der Verletzte Ihnen den Unfallhergang: _____
C⁴ Stand der Verletzte bei Beginn der ärztlichen Behandlung unter Alkohol-/Drogeneinfluss: _____
C⁵ Was ist Ihnen gegebenenfalls darüber bekannt; evtl. Ergebnis der Blutprobe, etc.: _____

D¹ Befund der ersten Untersuchung des Verletzten; waren **objektiv** erkennbare Merkmale einer frischen Körperverletzung vorhanden (es wird gebeten, die Frage so erschöpfend wie möglich, evtl. unter Verwendung eines Beiblattes, zu beantworten): _____
D² Röntgenbefund (wir bitten um eine Abschrift): _____
D³ **Unfallbedingte** Diagnose (um ausführliche Beantwortung dieser Frage wird besonders gebeten): _____

D⁴ **Unfallfremde** Beschwerden: _____

E Welche Heilmaßnahme wurde von Ihnen getroffen oder veranlasst: _____

F¹ Bisheriger Heilverlauf: _____
F² Ist der Verletzte allen ärztlichen Anforderungen nachgekommen und in regelmäßiger Behandlung gewesen: _____
F³ Genügen die jetzigen Behandlungsmethoden oder schlagen Sie zur schnelleren Wiederherstellung des Verletzten andere Heilmaßnahmen vor, evtl. welche, und wo sollen diese nach Ihrer Meinung durchgeführt werden: _____
F⁴ Ist die Unfallbehandlung abgeschlossen: _____ seit welchem Tage: _____
F⁵ Voraussichtliche Beendigung der Unfallbehandlung: _____

- G¹** Zustand des Verletzten anlässlich der Untersuchung am: _____
- G²** **Subjektive** Beschwerden: _____
- G³** **Objektive** Beschwerden: _____
- G⁴** Sind die Klagen durch diesen Befund gerechtfertigt: _____
- G⁵** Neigt der Verletzte zu Übertreibung oder Simulation: _____

- H¹** Stationärer Aufenthalt im Krankenhaus: _____
 vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____
 Stationärer Aufenthalt im Krankenhaus: _____
 vom _____ bis _____ vom _____ bis _____ vom _____ bis _____
- H²** Ist er noch bettlägerig: Ja Nein seit: _____ wie lange noch: _____
- H³** Kann er ausgehen: Ja Nein seit: _____
- H⁴** Kann er schriftliche Arbeiten verrichten: Ja Nein seit: _____
- H⁵** Kann er in seinem Betrieb Aufsicht führen: Ja Nein seit: _____
- H⁶** Kann er, wenn auch nur beschränkt, wieder mitarbeiten (wenn ja, wie viele Stunden am Tag): _____ Ja Nein
 seit: _____

- I¹** Umfang und Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit des Verletzten:
- I²** Im Beruf als: _____
 zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____
- I³** Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt:
 zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____

- J¹** Wird der Verletzte voraussichtlich völlig wiederhergestellt; wenn ja, ab welchem Zeitpunkt: _____
- J²** Ist er ganz oder teilweise dauernd invalide: _____ in welchem Grade: _____
- J³** Worin ist der Dauerschaden zu erblicken: _____
- J⁴** Ist noch Besserung durch Heilung, Gebrauch oder Gewöhnung zu erwarten; wenn ja, wann und in welchem Umfang: _____

- K¹** Haben Sie den Verletzten **schon früher** behandelt; wenn ja, wann und woran: _____
- K²** An welchen Krankheiten und Gebrechen litt der Verletzte schon vor dem Unfall: _____
- K³** War hierdurch die Arbeitsfähigkeit des Verletzten eingeschränkt; wenn ja, in welchem Grade: _____

L Welcher Krankenkasse/Berufsgenossenschaft gehört der Verletzte an: _____

M Welche ungefähren Kosten erfordern die von Ihnen verordneten Maßnahmen, Medikamente und sonstigen Heilmittel: _____

Ihre Gebühren bitten wir in Anlehnung an die GOÄ zu liquidieren.

Gebühr: € _____

Kto-Inhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Unterschrift und Stempel des Arztes