

8. Hatte die verletzte Person aus ärztlicher Sicht die Angelegenheit selbst verschuldet?

Ja Nein

9. Welche Diagnose stellen Sie?

10. Bestehen Krankheiten, Gebrechen oder Folgen von früheren Verletzungen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Erfolgte deren Behandlung durch Sie?

Ja

Nein

Wenn nicht, durch wen?

11. Welchen Grad der Erwerbsminderung bedingen Sie?

12. In welcher Weise haben Sie die verletzte Person anlässlich des Schadenereignisses behandelt?

Stationär vom:

bis:

Ambulant am:

13. Wie war der bisheriger Heilverlauf?

14. Wann ist / war die ärztliche Behandlung abgeschlossen?

Seit dem:

Voraussichtlich:

15. Welche Heilmaßnahmen sind noch erforderlich?

16. Welche weiteren Ärzte wurden hinzugezogen?

17. Ist bereits völlige Wiederherstellung erfolgt? Nein Ja, seit dem

Wenn nicht, wann ist sie zu erwarten:

18. Wie beurteilen Sie die Arbeitsunfähigkeit, auch bei Verletzten ohne Erwerb

auf % vom bis

19. Bei Dauerfolgen:

In welchem Grad wird Behinderung gegeben sein und wodurch?

Im bisherigen Beruf der verletzten Person:

Nach allgemeinen Gesichtspunkten:

20. Ist im vorliegenden Fall damit zu rechnen, daß Anpassung, Gewöhnung oder weitere Heilmittel den Zustand bessern würden, ggf. welche?

21. Wer trägt die Behandlungskosten?

22. Besondere Bemerkungen: Aggravation und dergl.:

.....

Liquidation: €

Bankverbindung:

Geldinstitut:

Kontoinhaber:

.....

.....

Kontonummer:

Bankleitzahl:

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift, ggf. Stempel)