

# Anfangsbericht des behandelnden Arztes

Verletzte(r):

Pol.Nr.:

Unfall vom:

Um Rückfragen zu vermeiden, bitten wir höflichst um eine möglichst detaillierte Beantwortung der untenstehenden Fragen.

1. Wann und wo haben Sie den Patienten nach dem Unfall erstmals gesehen? (Tag, Stunde, Ort)			
2. Art der Verletzung: (bitte Deutsch)			
3. War der/die Verletzte vor dem Unfall vollkommen gesund? Wenn nicht, welche Krankheiten lagen vor?			
4. Hat der/die Verletzte schon einmal einen Unfall erlitten? Wenn ja, ist daraus eine Invalidität verblieben? Wenn ja, worin bestand diese Invalidität?			
5. Ist die gesundheitliche Beeinträchtigung ausschließlich durch den Unfall verursacht?			
6. Umstände, die an der Beeinträchtigung mitgewirkt haben (z.B. Vorschädigungen lt. Frage 3 u. 4) Wenn ja, in welchem Ausmaß?			
7. Wird der Unfall eine bleibende Invalidität des Verletzten zur Folge haben?			
8. Ist die Behandlung abgeschlossen?			
9. Welche Maßnahmen sind noch notwendig?			
10. War/ist ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig?		vom .....	bis einschließlich .....
Krankenhaus:			
11. Wie lange ist der Verletzte infolge der erlittenen Verletzungen gehindert, seinen Beruf auszuüben oder seiner üblichen Beschäftigung nachzugehen? <b>Bitte bei selbständig Erwerbstätigen unbedingt Abstufung der Arbeitsunfähigkeit vornehmen!</b>	völlige Arbeitsunfähigkeit	vom .....	.....
	teilw. Arbeitsunfähigkeit	75% vom .....	.....
	teilw. Arbeitsunfähigkeit	50% vom .....	bis einschließlich .....
	teilw. Arbeitsunfähigkeit	25% vom .....	.....
	.....	.....	.....

Abrechnung Berichtshonorar:

Betrag: €      Konto Nr.:      Blz.:      Institut:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Name und Adresse des behandelnden Arztes