

┌

┐

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihre Ansprechperson:
Telefon:
Telefax:
E-Mail:

└

┘

Datum:

Name, Vorname:
Aktenzeichen:

geb.:

Erstes Rentengutachten

Auftrag vom

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten das erbetene Gutachten.

A. Vorgeschichte

1. **Art der Verletzung** (gesicherte wissenschaftliche Diagnose des unfallbedingten Gesundheitserstschadens):

...

Az.:

, Name:

2. **Entstehung der Verletzung.** Welche Angaben machte die versicherte Person bei der **ersten** Inanspruchnahme der Ärztin/des Arztes über Ursache, Entstehung und Zeitpunkt der Verletzung?

Falls die versicherte Person hierüber bei der **ersten** Inanspruchnahme **keine** Angaben gemacht hat: An welchem späteren Tage und aus welcher Veranlassung wurden diese gemacht? Wie lauteten sie?

3. **Befund**
Wann fand die erste Behandlung statt und welcher Befund wurde hierbei erhoben?

4. **Bisherige Behandlung** (Art, Verlauf, etwaige Zwischenfälle):

Von Bis

Dauer der stationären Behandlung

Dauer der Immobilisation durch Schienen und Verbände

Dauer der Verwendung von Hilfsmitteln (z. B. Gehstützen, Orthese)

Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Die Behandlung ist **beendet** seit:

Az.:

, Name:

B. Gegenwärtiger Zustand und Beurteilung

- 1 **Klagen** der versicherten Person:

- 2 **Allgemeinzustand** (kurze Schilderung mit Körpergröße und Gewicht):

- 3 **Befund** (gründliche und vollständige Schilderung erforderlich):

- 4 Stehen **Klagen** und **Befund** in **Übereinstimmung**?

- 5 Kurze Zusammenfassung der **wesentlichen** Unfallfolgen mit ihren **funktionellen** Einschränkungen:

Az.:

, Name:

- 6 **Vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderungen** (kurze, aber vollständige Aufzählung), auch Folgen anderer Unfälle:

Wird oder wurde für solche Veränderungen Unfall- oder Versorgungsrente bezogen?
Von welchen Stellen?

- 7 **Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch die unter Ziff. 5 genannten Unfallfolgen:**

- 7.1 Wie hoch wird die MdE vom Tage des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit bis zum Tage vor der Untersuchung geschätzt?

Wenn keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat, erfolgt die Einschätzung ab dem Tag nach dem Unfall.

Bei einer MdE von weniger als 10 % muss die Schätzung lauten „unter 10 %“.

Vom	bis	%.
Vom	bis	%.
Vom	bis	%.
Vom	bis	%.

- 7.2 In welchem Ausmaß wird die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person vom Tage der Untersuchung an beeinträchtigt und wie lange wird diese MdE voraussichtlich noch bestehen?

Vom	bis	%.
-----	-----	----

- 7.3 Wie hoch wird die MdE auf Grund ärztlicher Erfahrung nach Ablauf des Zeitraumes zu 7.2 längstens bis zur **Beendigung des dritten Jahres nach dem Unfall** geschätzt?

%

C. Weitere medizinische Rehabilitation; berufliche und soziale Teilhabe

1. Kann durch geeignete Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation der Gesundheitszustand der versicherten Person weiter verbessert werden?

Nein Ja

Welche Maßnahmen werden vorgeschlagen?

Az.:

, Name:

Für die Beschaffung, Erneuerung oder Änderung von Hilfsmitteln werden folgende Vorschläge gemacht:

2. Welche berufliche Tätigkeit übt die versicherte Person derzeit aus?
Bestehen wegen der Unfallfolgen Einschränkungen bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit, ggf. welche?

3. Gibt es Hinweise, dass unfallbedingt Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens benötigt wird?
 Nein Ja

4. Gibt es Hinweise, dass Hilfen zur Verbesserung der Sozialen Teilhabe erforderlich sind, ggf. welche und in welchem Bereich?

5. Sonstige Bemerkungen

Tag der Untersuchung:

Die versicherte Person erschien um

Uhr, entlassen um

Uhr.

Das Gutachten wird nach persönlicher Begegnung mit der versicherten Person sowie eigener Prüfung und Urteilsbildung erstattet.

Ich möchte eine Rückmeldung zur Einschätzung der Qualität und Verwertbarkeit des Gutachtens.

Nein

Ja

Ort, Datum

Unterschrift des beauftragten Gutachters/
der beauftragten Gutachterin

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –