

Ärztlicher Ergänzungsbericht zu einem Haftpflichtschaden

Vertrags-Nummer:

Schaden-Nummer:

Verletzter Person:

(Name, Anschrift):

Sehr geehrte Damen und Herren!

Uns liegen bereits medizinische Informationen über diesen Unfall Ihres Patienten vor. Bitte berichten Sie uns ergänzend über die Folgen des Unfalles anhand Ihrer Unterlagen und senden Sie uns diesen Bericht zurück.

Die uns vorliegende Schweigepflichtentbindungserklärung Ihre Patienten ist beigelegt.

Wann haben Sie die verletzte Person zuletzt gesehen und untersucht?

Beschreibung des bisherigen Heilverlaufs:

Wie lautet der zuletzt erhobene objektive Befund einschließlich des letzten Röntgenbild-Befundes, ggfs. auch CT und/oder Kernspin?

Wurde die verletzte Person inzwischen erneut stationär behandelt? Nein Ja. Wenn ja, von wann bis wann, warum und wo?

Welche Abweichungen vom normalen Heilungsverlauf liegen vor durch

- unfallbedingte Komplikationen:

- Verhalten der verletzten Person:

- unfallabhängige Erkrankungen:

Ist die unfallbedingte Behandlung abgeschlossen, ggfs. ab wann?

Oder wie lange wird sie voraussichtlich noch dauern?

Welche unfallbedingten Heilmaßnahmen sind noch erforderlich?

Ab wann kann die verletzte Person wieder arbeiten?

Wie hoch in Prozenten schätzen Sie die bisherige (in zeitlicher Abstufung) und die gegenwärtige MdE des Verletzten unter Berücksichtigung seiner oben angegebenen Tätigkeit ein?

zu % vom bis
zu % vom bis

Welche dauernden Folgen des Unfalles werden voraussichtlich zurückbleiben?

Wurde bereits von anderer Seite ein Bericht von Ihnen angefordert?

Nein Ja. Wenn ja, bitte Namen, Anschrift und Aktenzeichen angeben:

Das Honorar gemäß GOÄ: EUR

Konto für Honorar:

Kontoinhaber:

Geldinstitut:

IBAN:

BIC:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes