

## Ärztlicher Bericht (bitte ausfüllen)

Vordruck senden an [jan.wego@ra-wego.de](mailto:jan.wego@ra-wego.de) oder an **Rechtsanwalt Jan Wego, Hauptstraße 19, 06308 Benndorf**

Geschädigte/Geschädigter (Anspruchsteller) – Stammdaten

<b>Name, Vorname</b>			
<b>Anschrift</b> (Straße, Hausnr.)		<b>(PLZ, Ort)</b>	
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Beruf</b>	

Angaben zum Personenschaden

1. Wann hat die/der Verletzte den Unfall erlitten? (Datum Uhrzeit)

2. Welche Angaben sind Ihnen zum Unfallhergang gemacht worden?

3. Wann ist der/die Verletzte wegen des Unfalls in Ihre Behandlung getreten?

4. Welche subjektiven Angaben über die Beschwerden machte der/die Verletzte?

5. Welcher Befund haben Sie festgestellt?

**6. Wie lautet die wissenschaftliche Diagnose der Unfallfolgen?**

**7. Welche diagnostischen Hilfsmittel wurden zur Sicherung der Diagnose angewandt?**

**8. Welche Maßnahmen wurden zur Behandlung der Unfallfolgen getroffen?**

**9. Wenn der/die Verletzte wiederhergestellt ist:**

a) Seit wann?

b) Wie hoch ist die prozentuale Erwerbsminderung seit dem Unfalltag unter Berücksichtigung des ausgeübten Berufs?

vom		bis			%
vom		bis			%
vom		bis			%
vom		bis			%

**10. Wenn der/die Verletzte noch nicht wiederhergestellt ist:**

a) Wie verläuft der Heilungsprozess der Unfallfolgen?

b) Wie hoch ist die prozentuale Erwerbsminderung seit dem Unfalltag unter Berücksichtigung des ausgeübten Berufs?

vom		bis			%
vom		bis			%
vom		bis			%
vom		bis			%

c) Ist die vollständige Wiederherstellung zu erwarten? Wenn ja, bis wann?

d) Oder ist mit dauernden Unfallfolgen zu rechnen? Wenn ja, inwiefern?

**11. War der/die Verletzte in der Haushaltsführung eingeschränkt? Falls ja. Wann und wie stark?**

vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%

**12. Sonstige Hinweise und Anmerkungen aus ärztlicher Sicht**

Name und Adresse des behandelnden Arztes:

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift

-----