|  |
| --- |
| **Von der Versicherungsgesellschaft/dem/der Antragsteller(in) auszufüllen** |
| Name **PKZ.**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Beruf:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Schadennr.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Für den Arzt (von der Versicherungsgesellschaft auszufüllen):**

Die Fragen 9a und 9b sollten für den Zeitraum von *[10]* Jahren vor dem Schadenszeitpunkt beantwortet werden. Schadenszeitpunkt:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DDMM-JJ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vom untersuchenden Arzt auszufüllen:** | | | |
| **1** | a) Sind Sie der Hausarzt der Patientin/des Patienten?  b) Wenn a) mit Nein beantwortet wurde:  Haben Sie eine andere Verbindung zur Patientin/zum Patienten, die auf deren/dessen Behandlung zurückzuführen ist (Facharzt, Ort der Behandlung)?  c) Wenn a) und b) mit Nein beantwortet wurden:  Ich habe keine Verbindung zur Patientin/zum Patienten, die auf deren/dessen Behandlung zurückzuführen ist und habe sie/ihn nur in Verbindung mit der Ausstellung dieses Attestes gesehen? | **NEIN JA**  🞎 🞎  **NEIN JA**  🞎 🞎  **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, welche?  ………………………………………………………………………………...  ………………………………………………………………………………... |
| **2** | a) Wann war die Patientin/der Patient in Verbindung mit dem aktuellen Schaden bzw. der aktuellen Krankheit erstmals bei Ihnen in Behandlung?  b) Ist der Schaden bzw. die Krankheit gemäß Beschreibung der Patientin/des Patienten während der Arbeitszeit entstanden? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Datum: ………………………………….……………………………………..  (Tag/Monat/Jahr) |
| **3** | Diagnose auf Deutsch und Latein angeben: |  | 1. Deutsch:  1. Latein:  2. Deutsch:  2. Latein: |
| **4** | Hat der Schaden/die Krankheit zu einer Einweisung, einer ambulanten Behandlung oder einer Reha in einem Krankenhaus geführt? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wo?  In welchem Zeitraum? |
| **5** | a) Gibt der die Patientin/der Patient an, krank geschrieben gewesen zu sein?  **Wenn 5a) mit JA beantwortet wurde, bitte nachstehende Fragen beantworten**  b) Wurde die Patientin/der Patient krank geschrieben?  c) Gibt die Patientin/der Patient an, ihre/seine Arbeit wiederaufgenommen zu haben? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  In welchen Zeiträumen?...................................................................  Von Datum:………............. Dauer:………………………….  (Tag/Monat/Jahr) (Anzahl Tage/Wochen/Monate)  Die Arbeit wurde nach Angabe die Patientin/des Patienten am ……………………. wiederaufgenommen:  (Tag/Monat/Jahr) |
| **6** | Sind Komplikationen entstanden? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche? |
| **7** | a) War der die Patientin/Patient im gesamten Krankheitszeitraum unter ärztlicher Kontrolle? | **NEIN JA**  🞎 🞎  **Keine Angaben möglich**  🞎 |  |
| **8** | a) Wer hat die Patientin/ den Patienten früher behandelt?  b) Ist die Patientin/der Patient in Behandlung oder in Rehabilitation?  c) Wurde die Patientin/der Patient für eine weitere Behandlung oder Rehabilitation überwiesen?  d) Ist die Behandlung oder Rehabilitation abgeschlossen? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | Name und Adresse:  Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Bei wem (Name und Adresse)?  Wann wird ein Abschluss erwartet? ………………………………………  (Tag/Monat/Jahr)  Bei wem (Name und Adresse)?  Wann wird der Beginn erwartet? ………………………………………  (Tag/Monat/Jahr)  Wann? |
| **9** | a) Hat die Patientin/der Patient Ihres Wissens nach in den letzten *[10]* Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Symptome im gleichen Bereich gehabt?  b) Hatten nach Ihrem Ermessen und auf der aktuellen Grundlage Krankheiten oder andere Umstände in den letzten *[10]* Jahren irgend einen Einfluss auf den aktuellen Schaden/die aktuelle Krankheit, oder haben diese deren Folgen verschlimmert? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche?  Welche? |
| **10** | a) Gibt die Patientin/der Patient an, ihrer/seiner beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können?  b) Gibt die Patientin/der Patient an, täglichen Funktionen nachgehen zu können (nur bei Personen ohne Arbeit, z. B. Rentner oder Kindern, auszufüllen)?  c) Gibt die Patientin/der Patient an, ihr/sein Unternehmen beaufsichtigen zu können (nur bei Selbständigen oder Personen in leitender Position auszufüllen)?  d) Welchen Funktionen ihrer/seiner beruflichen Tätigkeit oder täglichen Funktionen kann die Patientin/der Patient nach eigenen Angaben nicht nachgehen? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  🞎 Teilweise 🞎 Vollzeit  🞎 Teilweise 🞎 Vollzeit  🞎 Teilweise 🞎 Vollzeit |
| **11** | Welches sind die ärztlichen oder medizinischen Ursachen dafür, dass die Patientin/ der Patient diesen Funktionen nicht nachgehen kann?  **Nur auszufüllen, wenn die Patientin/der Patient unter Punkt 10 Funktionen angegeben hat, denen sie/er nicht nachgehen kann.** |  |  |
| **12** | Können Sie zum jetzigen Zeitpunkt abschätzen, wann der Patient/die Patientin  a) ihrer/seiner Arbeit nachgehen kann?  b) ihren/seinen täglichen Funktionen in vollem Umfang wird nachgehen können (nur bei Personen ohne Arbeit, z. B. Rentner oder Kindern, auszufüllen)? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Etwa ab Datum: …………………………………………………………….  (Tag/Monat/Jahr)  Etwa ab Datum: …………………………………………………………….  (Tag/Monat/Jahr)  Arbeit/tägliche Funktionen wurden ab nachfolgendem Datum wiederaufgenommen:  …………………………………………………………………………….  (Tag/Monat/Jahr) |
| **13** | Würde eine weitere Behandlung oder eine Rehabilitation nach Ihrem Ermessen zu einer Besserung des Zustandes führen? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, welche Behandlung oder Rehabilitation (kurze Beschreibung)?  Wenn **NEIN**, ab welchem Zeitpunkt konnte nach Ihrem Ermessen kein wesentlicher Fortschritt/ keine Besserung des Zustandes festgestellt werden?  …………………………………………………………………………….  (Tag/Monat/Jahr) |
| **14** | a) Wird er Schaden/die Krankheit nach Ihrem Ermessen dauerhafte Folgen haben?  b) Kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche? |
| **15** | Datum der Untersuchung |  | ……………………………………………………………………………..  (Tag/Monat/Jahr) |

Relevante Entlassungsschreiben, Untersuchungsergebnisse etc. können als Anlage beigefügt werden

Die in diesem Attest angegebenen ärztlichen Informationen und Bewertungen haben unmittelbaren Bezug zum Zweck dieses Attests.

Sofern nichts anderes angegeben wurde, bin ich damit einverstanden, dass das Unternehmen eine Kopie des Attestes an die Patientin/den Patienten oder deren/dessen Vertreter aushändigen kann.

|  |  |
| --- | --- |
| Dieser Attest wurde von mir in Übereinstimmung mit den vorliegenden Krankenblattinformationen, meiner Kenntnis des Patienten, meiner Fragen an die Patientin/den Patienten und meiner Untersuchung die Patientin/ des Patienten ausgefertigt:  ………………….. ………………………………………………  Datum Unterschrift des Arztes  **Genaue Adresse (Stempel):** | Das Attest bitte in einem geschlossenen, mit „Attest“ gekennzeichneten Umschlag an folgende Adresse schicken: |

Sofern nicht vor der Bitte um Ausstellung des Attestes etwas anderes vereinbart wurde, wird der Arzt nach Übermittlung einer Rechnung gemäß seinen Geschäftsbedingungen honoriert. 04.04.35.04