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

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

Die Fragen 8a und 8b des Attests sollten für den Zeitraum von *[10]* Jahren vor dem Schadenszeitpunkt beantwortet werden. Schadenszeitpunkt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DDMM-JJ

|  |
| --- |
| **Vom untersuchenden Arzt auszufüllen:** |
| **1** | a) Sind Sie der Augenarzt, bei dem die/der Geschädigte normal in Behandlung ist?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** | Wann kam die/der Geschädigte bei Ihnen in Behandlung? |  | Datum(Tag/Monat/Jahr) |
| **3** | a) Welche Beschwerden/Symptome gibt die/der Geschädigte als Folgen des aktuellen Unfallss/der aktuellen Krankheit an?b) Wann traten nach Angaben der Patientin/des Patienten die ersten Symptome auf? |  |  Datum(Tag/Monat/Jahr) |
| **4** | Welche Läsionen und welchen Krankheitszustand konnten Sie aufgrund des aktuellen Unfalls/der aktuellen Krankheit bei der/dem Geschädigten feststellen (vgl. Punkt 2)? |  |  |
| **5** | a) Diagnose auf Deutsch und Latein angeben:b) Welches Auge ist geschädigt? |  | 1. Deutsch: 1. Latein: 🞎rechts 🞎 links 🞎 beide |
| **6** | Gibt die/der Geschädigte an:a) von einem praktizierenden Facharzt aufgrund des aktuellen Unfalls/der aktuellen Krankheit untersucht/behandelt worden zu sein?b) zurzeit von einem praktizierenden Facharzt untersucht/behandelt zu werden? | **NEIN JA**🞎 🞎🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:Bei welchem Facharzt?Wann wurde die Untersuchung/Behandlung abgeschlossen?....................................(Tag/Monat/Jahr)Bei welchem Facharzt? |
| **7** | Gibt die/der Geschädigte an, aufgrund des aktuellen Unfalls/der aktuellen Krankheit in eine Klinik eingewiesen worden zu sein? | **NEIN JA**🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:Wo? Wann? …………………………(Tag/Monat/Jahr) |
| **8** | a) Hat die Patientin/der Patient Ihres Wissens nach in den letzten *[10]* Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Symptome aufgrund der Augen 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?Wenn **JA**, bitte ausfüllen:Welche? |
| **9** | Welche Beschwerden/Symptome gibt die/der Geschädigte jetzt an? |  |  |
| **10** | Wenn Ihnen die Sehstärke der/des Geschädigten vor dem Unfall/der Krankheit bekannt ist, bitte angeben (als Bruchzahl für beide Augen angeben): Sofern die/der Geschädigte Brillen oder Kontaktlinsen benutzt, sind diese bei der Messung der Sehstärke zu tragen |  | Sehstärke (Bruchzahl) **vor** dem aktuellen Unfall/der aktuellen KrankheitSehstärke rechtes Auge ……..…………..Sehstärke linkes Auge ……..………….. |
| **11**  | Hat die/der Geschädigte nach eigenen Angaben Augenschmerzen? | **NEIN JA**🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:🞎 Leichte Schmerzen 🞎 Moderate Schmerzen 🞎 Starke Schmerzen |
| **12** | Ist die/der Geschädigte auf einem Auge blind (fehlende Sehstärke)?**Wenn JA, sind 13, 14, 15 und 16 nicht zu beantworten**  | **NEIN JA**🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:🞎 Auf dem rechten Auge 🞎 Auf dem linken Auge  |
| **13** | Gibt die/der Geschädigte ein herabgesetztes Sehvermögen an? | **NEIN JA**🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:🞎 Auf dem rechten Auge 🞎 Auf dem linken Auge  |
| **14** | Gibt die/der Geschädigte Doppeltsehen an? | **NEIN JA**🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:🞎 Auf dem rechten Auge 🞎 Auf dem linken Auge  |
| **15** | Gibt die/der Geschädigte Tränenfluss an? | **NEIN JA**🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:🞎 Auf dem rechten Auge 🞎 Auf dem linken Auge  |
| **16** | Gibt die/der Geschädigte Blendung an? | **NEIN JA**🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:🞎 Auf dem rechten Auge 🞎 Auf dem linken Auge  |
| **17** | Gibt die/der Geschädigte Augenirritation an? | **NEIN JA**🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:🞎 Auf dem rechten Auge 🞎 Auf dem linken Auge  |
| **18** | Gibt die/der Geschädigte andere Symptome an? | **NEIN JA**🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:Welche Symptome?  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **19** | Besteht eine objektive Veränderung des Augenlids?  | **NEIN JA**🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:🞎 Am dem rechten Auge 🞎 Am dem linken Auge Welche Veränderungen?  |
| **20** | Können andere Veränderungen der Augenumgebungen (externa) als unter Punkt 25 angeführt festgestellt werden? | **NEIN JA**🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:🞎 Am dem rechten Auge 🞎 Am dem linken Auge Welche Veränderungen?  |
| **21** | Besteht eine objektive Veränderung des Augapfels? | **NEIN JA**🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:🞎 rechtes Auge 🞎 linkes Auge Welche Veränderungen?  |
| **22** | Bitte Sehstärke angeben (als Bruchzahl für beide Augen): Sofern die/der Geschädigte Brillen oder Kontaktlinsen benutzt, sind diese bei der Messung der Sehstärke zu tragen |  | Sehstärke (Bruchzahl) **nach** dem aktuellen Unfall/der aktuellen KrankheitSehstärke rechtes Auge ……..…………..Sehstärke linkes Auge ……..………….. |
| **23** | Ist das Sehfeld für Finger eines Auges eingeschränkt?  | **NEIN JA**🞎 🞎 | Wenn **JA**,bitte angeben:Sehfeld rechtes Auge…………….……………………………………..Sehfeld linkes Auge…………….…………………………………….. |
| **24** | Besteht eine eingeschränkte Beweglichkeit der Augen, die zu Doppelsehen führt? | **NEIN JA**🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:🞎 Auf dem rechten Auge 🞎 Auf dem linken Auge  |
| **25** | Gibt der Zustand der/des Geschädigten im Übrigen Anlass zu Bemerkungen?  |  |  |
| **26** | 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:………………….. ………………………………………………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. 04.05.50.03