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

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

Die Fragen 17a und 17b 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** | Diagnose auf Deutsch und Latein angeben: |  | 1. Deutsch:  1. Latein:  2. Deutsch:  2. Latein: |
| **3** | a) Wann hat die Patientin/der Patient nach eigenen Angaben die ersten Symptome bemerkt?  b) Welche Symptome? |  | Datum  (Tag/Monat/Jahr) |
| **4** | a) Wann hat die Patientin/der Patient nach eigenen Angaben in Verbindung mit dem aktuellen Unfalls erstmals einen Arzt aufgesucht/sich in Behandlung begeben?  b) Wen hat die Patientin/der Patient erstmals aufgesucht? |  | Datum:……………………………………………………………………….  (Tag/Monat/Jahr)  🞎 Hausarzt 🞎 Notaufnahme 🞎 Facharzt  🞎 Chiropraktiker 🞎 Physiotherapeut 🞎 Andere………………… |
| **5** | Gibt die Patientin/der Patient an, in Verbindung mit dem Unfall bewusstlos gewesen zu sein und/oder eine kurzfristige Amnesie erlebt zu haben? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wie lange? |
| **6** | Hat der Schaden zu einer Einweisung, einer ambulanten Behandlung oder einer Reha in einem Krankenhaus geführt? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wo?  In welchem Zeitraum? |
| **7** | a) Gibt der die Patientin/der Patient an, krank geschrieben gewesen zu sein?  **Wenn 7a) mit JA beantwortet wurde, bitte nachstehende Fragen beantworten**  b) Wurde eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  In welchen Zeiträumen?...................................................................  Von Datum:………............. Dauer  (Tag/Monat/Jahr) (Anzahl Tage/Wochen/Monate) |
| **8** | Wurde eine bilddiagnostische Untersuchung vorgenommen (z. B. Röntgen, Ultraschall, CT, MR)? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche Art der Untersuchung, wo und wann (wenn möglich, eine Kopie der Beschreibung beifügen)?  Mit welchem Ergebnis? |
| **9** | a) Wie kann der augenblickliche Zustand der Patientin/des Patienten beschrieben werden?  b) Gab es nach Angabe der Patientin/des Patienten symptomfreie Zeiträume?  c) Ab welchem Zeitpunkt konnten nach Ihrem Ermessen kein wesentlicher Fortschritt/ keine Besserung des Zustandes festgestellt werden? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | 🞎 In Besserung 🞎 Unverändert 🞎 Verschlimmert  Wenn **JA**, in welchem Zeitraum? ………………………………………………  ……………………………………………………………………………….  (Monat/Jahr) |
| **10** | a) Wurde die Patientin/der Patient nach eigenen Angaben bereits früher aufgrund von Krankheiten in der Nacken-/Halsbereich behandelt?  b) Gibt die Patientin/der Patient an, in Behandlung oder in Rehabilitation zu sein?  c) Wurde die Patientin/der Patient nach eigenen Angaben für eine weitere Behandlung oder Rehabilitation überwiesen?  d) Ist die Behandlung oder Rehabilitation abgeschlossen? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Bei wem und wo (Name und Adresse)?  Wann wird ein Abschluss erwartet? ………………………………………  (Tag/Monat/Jahr)  Bei wem und wo (Name und Adresse)?  Wann wird der Beginn erwartet? ………………………………………  (Tag/Monat/Jahr)  Wann? …………………………  (Tag/Monat/Jahr) |
| **11** | a) Gibt die Patientin/der Patient an, ihrer/seiner beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können?  a) Gibt die Patientin/der Patient an, ihre/seine täglichen Funktionen ausüben 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 |
| **12** | **Nur auszufüllen, wenn die Patientin/der Patient unter Punkt 11d) Funktionen angegeben hat, denen sie/er nicht nachgehen kann.**  Welches sind die ärztlichen oder medizinischen Ursachen dafür, dass die Patientin/der Patient  diesen Funktionen nicht nachgehen kann? |  |  |
| **13** | Können Sie zum jetzigen Zeitpunkt abschätzen, wann die Patientin/der Patient  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:  🞎 Voll und ganz 🞎 Vollzeit  Etwa ab Datum: …………………………………………………………….  (Tag/Monat/Jahr)  🞎 Voll und ganz 🞎 Vollzeit  Etwa ab Datum: …………………………………………………………….  (Tag/Monat/Jahr) |
| **14** | Was gibt die Patientin/der Patient betreffend des Ausmaßes und Art der Schmerzen an? |  |  |
| **15** | a) Klagt die Patientin/der Patient darüber, dass Schmerzen auf Schulter/Armsstrahlen?  b) Klagt die Patientin/der Patient über ein geändertes Gefühlsempfinden? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche?  Wo? |
| **16** | Besteht eine klinische Bewegungseinschränkung in der Halswirbelsäule? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  🞎 Let 🞎 Moderat 🞎 Schwer |
| **17** | a) Hat die Patienten/der Patient Ihres Wissens in den letzten *[10]* Jahren unter Krankheiten, Beschwerden oder Symptomen im Nacken-/Halsbereich gelitten?  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? |
| **18** | Klagt die Patientin/der Patient über andere Beschwerden oder Beeinträchtigungen? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche? |
| **19** | 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?  Wenn **NEIN**, bitte ausfüllen:  Warum nicht? |
| **20** | 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. 04.04.36.04