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

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

Die Fragen 12a und 12b 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 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** | 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** | Diagnose auf Deutsch und Latein angeben: |  | | | 1. Deutsch:  1. Latein: | |
| **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** | Gibt die/der Geschädigte an:  a) aufgrund des aktuellen Unfalls/der aktuellen Krankheit von einem Physiotherapeuten und/oder Chiropraktiker behandelt worden zu sein?  b) zurzeit von einem Physiotherapeuten/Chiropraktiker behandelt zu werden? | | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Bei wem?  Wann wurde die Untersuchung/Behandlung abgeschlossen?....................................  (Tag/Monat/Jahr)  Bei wem? |
| **9** | Gibt die/der Geschädigte an:   1. aufgrund des aktuellen Unfalls/der aktuellen Krankheit   mit Arzneimitteln behandelt worden zu sein?  b) zurzeit aufgrund des aktuellen Unfalls/der aktuellen Krankheit mit Arzneimitteln behandelt zu werden? | | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche(s) Arzneimittel?  Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche(s) Arzneimittel? |
| **10** | Gibt die/der Geschädigte an, auf andere Art und Weise als unter den Punkten 6, 7, 8 und 9 behandelt worden zu sein? | |  | | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wie?  Wo?  Wann? …………………………  (Tag/Monat/Jahr) |
| **11** | Wurde eine bilddiagnostische Untersuchung vorgenommen (z. B. Röntgen, Ultraschall, CT, MR)?  (Wenn möglich, eine Kopie der Beschreibung beifügen) | |  | | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  🞎 Röntgen 🞎 Ultraschall 🞎 CT-Scanning 🞎 MR-Scanning  Wo?  Wann? ..........................................  (Tag/Monat/Jahr)  Wo?    Wann? ..........................................  (Tag/Monat/Jahr) |
| **12** | a) Hat die Patienten/der Patient Ihres Wissens nach in den letzten *[10]* Jahren unter Krankheiten, Beschwerden oder Symptomen im Brustwirbelsäulen-/Kreuzbeinbereich 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?  Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche? | | |
| **13** | a) Gibt die/der Geschädigte an, aufgrund des aktuellen Unfalls/der aktuellen Krankheit krankgeschrieben gewesen zu sein?  **Wenn a) mit JA beantwortet wurde, bitte nachstehende Fragen beantworten**  b) Wurde eine ärztliche Krankmeldung ausgestellt?  c) Gibt die Patientin/der Patient an, ihre/seine Arbeit wiederaufgenommen zu haben? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  In welchen Zeiträumen?...................................................................  Von Datum:………............. Bis Datum:………….............................  (Tag/Monat/Jahr) (Tag/Monat/Jahr)  Wenn **JA**, ab wann: ….……………….  (Tag/Monat/Jahr)  Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Die Arbeit wurde nach Angabe die Patientin/des Patienten am ……………………. wiederaufgenommen:  (Tag/Monat/Jahr) | | |
| **14** | Gibt die/derGeschädigte an, aufgrund des aktuellen Unfalls/der aktuellen Krankheit eine andere Arbeit aufgenommen zu haben?  Ab welchem Zeitpunkt hat die/der Geschädigte nach eigenen Angaben eine andere Arbeit aufgenommen?  Um welche Arbeit handelt es sich (Stellenbeschreibung)? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Datum  (Tag/Monat/Jahr) | | |
| **15** | a) Wird die Funktionsfähigkeit der/des Geschädigten durch den aktuellen Unfall/die aktuelle Krankheit beeinträchtigt?  **Wenn a) mit JA beantwortet wurde, bitte die Fragen b), c) und d) beantworten**    b) Wie wirken die medizinischen Folgen des aktuellen Unfalls/der aktuellen Krankheit die Funktionsfähigkeit?  c) Bleibt die Funktionsfähigkeit der/des Geschädigten nach Ihrem Ermessen dauerhaft eingeschränkt?  d) Besteht eine Aussicht auf Besserung, Verschlechterung oder eventuellen späteren Komplikationen, die den aktuellen Unfall/die aktuelle Krankheit und damit die Funktionsfähigkeit beeinflussen können? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wie?    Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wie? | | |
| **16** | Welche Beschwerden/Symptome gibt die/der Geschädigte jetzt an? |  | |  | | |
| **17** | Hat die/der Geschädigte nach eigenen Angaben Rückenschmerzen in Ruheposition? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  🞎 Leichte Schmerzen 🞎 Moderate Schmerzen 🞎 Starke Schmerzen | | |
| **18** | Hat die/der Geschädigte nach eigenen Angaben Rückenschmerzen bei Belastung? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  🞎 Leichte Schmerzen 🞎 Moderate Schmerzen 🞎 Starke Schmerzen | | |
| **19** | **Nur beantworten, wenn die Fragen 17 und/oder 18 mit Ja beantwortet wurden**  Wie oft hat die/der Geschädigte nach eigenen Angaben Rückenschmerzen? |  | | 🞎 Täglich 🞎 Häufig, jedoch nicht täglich | | |
| **20** | Wird über Gefühlsstörungen geklagt? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wo?  In welchem Ausmaß? 🞎 Leichte 🞎 Moderate 🞎 Schwere | | |
| **21** | Wird über ausstrahlende Schmerzen geklagt? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wo? | | |
| **22** | Wird als Folge des Schadens im Brustwirbelsäulen-/Kreuzbeinbereich über Beschwerden beim Urinieren geklagt? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  In welchem Ausmaß? 🞎 Leichte 🞎 Moderate 🞎 Starke 🞎 Inkontinenz | | |
| **23** | Liegt eine klinisch normale Beweglichkeit des Rückens vor? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **NEIN**, bitte ausfüllen:  🞎 nach vorn eingeschränkt 🞎 nach hinten eingeschränkt 🞎 zur Seite eingeschränkt  🞎 Eingeschränkte Seitendrehung  In welchem Ausmaß? 🞎 Leicht 🞎 Moderat 🞎 Stark | | |
| **24** | Finger-Boden-Abstand (FBA) mit gestreckten Kniegelenken? |  | | ……………. cm von Fingerspitze bis Boden | | |
| **25** | Wird bei klinischer Palpation (Betastung) des Rückens Druckempfindlichkeit angegeben? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  🞎 Leichte Schmerzen 🞎 Moderate Schmerzen 🞎 Starke Schmerzen | | |
| **26** | Gibt es beeinträchtigte Reflexe ? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  🞎 Patellarreflex  In welchem Ausmaß? 🞎 Leicht 🞎 Moderat 🞎 Stark  🞎 Achillessehnenreflex  In welchem Ausmaß? 🞎 Leicht 🞎 Moderat 🞎 Stark | | |
| **27** | Besteht eine Lähmung über dem Fußgelenk (Drop-Fuß) mit Hahnenschritt? | **NEIN JA**    🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  🞎 Rechts 🞎 Partielle Lähmung 🞎 Völlige Lähmung  🞎 Links 🞎 Partielle Lähmung 🞎 Völlige Lähmung | | |
| **28** | Können objektive Gefühlsstörungen festgestellt werden? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wo? | | |
| **29** | Gibt der Zustand der/des Geschädigten im Übrigen Anlass zu Bemerkungen? |  | |  | | |
| **30** | 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. 04.05.42.03