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

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

Die Fragen 5a und 5b 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** | Diagnose auf Deutsch und Latein angeben: |  | | 1. Deutsch:  1. Latein: |
| **3** | 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) |
| **4** | Wurde eine bilddiagnostische Untersuchung vorgenommen (z. B. Röntgen, Ultraschall, CT, MR)? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche Untersuchung(en), wann und wo?  Mit welchem Ergebnis? | |
| **5** | a) Hat die Patienten/der Patient Ihres Wissens nach in den letzten *[10]* Jahren unter Krankheiten, Beschwerden oder Symptomen der Zehen – des Mittelfußes – Fußes – der Fußwurzel 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? | |
| **6** | c) Gibt die Patientin/der Patient an, ihre/seine Arbeit wiederaufgenommen zu haben?  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**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | 🞎 Teilweise 🞎 Vollzeit  🞎 Teilweise 🞎 Vollzeit  🞎 Teilweise 🞎 Vollzeit | |
| **7** | **Nur auszufüllen, wenn die Patientin/der Patient unter Punkt 6 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? |  |  | |
| **8** | Welche aktuellen Beschwerden gibt die Patientin/der Patient an? |  |  | |
| **9** | a) Welche Seite wurde beeinträchtigt?  b) Welcher Bereich wurde beeinträchtigt? |  | 🞎 Rechts 🞎 Links  🞎 Zeh 🞎 Mittelfuß 🞎 Fußwurzel | |
| **10** | Gelenkverschiebung? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, wo?  🞎 Zeh 1  🞎 Endglied 🞎 Grundglied  🞎 Zeh 2  🞎 Endglied 🞎 Mittelglied 🞎 Grundglied  🞎 Zeh 3  🞎 Endglied 🞎 Mittelglied 🞎 Grundglied  🞎 Zeh 4  🞎 Endglied 🞎 Mittelglied 🞎 Grundglied  🞎 Zeh 5  🞎 Endglied 🞎 Mittelglied 🞎 Grundglied  🞎 Mittelfußknochen Nr.: 1🞎 2 🞎 3 🞎 4 🞎 5 🞎  🞎 Fußwurzel (bitte angeben, zwischen welchen Fußwurzelknochen) | |
| **11** | Bruch? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte angeben, an welcher Stelle des Knochens sich der Bruch befand?  🞎 Zeh 1  🞎 Endglied 🞎 Grundglied  🞎 Zeh 2  🞎 Endglied 🞎 Mittelglied 🞎 Grundglied  🞎 Zeh 3  🞎 Endglied 🞎 Mittelglied 🞎 Grundglied  🞎 Zeh 4  🞎 Endglied 🞎 Mittelglied 🞎 Grundglied  🞎 Zeh 5  🞎 Endglied 🞎 Mittelglied 🞎 Grundglied  🞎 Mittelfußknochen Nr.: 1🞎 2 🞎 3 🞎 4 🞎 5 🞎  🞎 Distal  🞎 Mittig  🞎 Proximal  🞎 Fußwurzel (bitte angeben, zwischen welchen Fußwurzelknochen) | |
| **12** | Amputationen? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, wo?  🞎 Zeh 1  🞎 Endglied 🞎 Grundglied  🞎 Zeh 2  🞎 Endglied 🞎 Mittelglied 🞎 Grundglied  🞎 Zeh 3  🞎 Endglied 🞎 Mittelglied 🞎 Grundglied  🞎 Zeh 4  🞎 Endglied 🞎 Mittelglied 🞎 Grundglied  🞎 Zeh 5  🞎 Endglied 🞎 Mittelglied 🞎 Grundglied  🞎 Mittelfußknochen Nr.: 1🞎 2 🞎 3 🞎 4 🞎 5 🞎  🞎 Distal  🞎 Mittig  🞎 Proximal  🞎 Fußwurzel (bitte angeben, zwischen welchen Fußwurzelknochen) | |
| **13** | a) Ist die Beweglichkeit des Fußgelenks normal?  b) Ist die Drehbewegung der Ferse normal?  (Pronation und Supination des Fußes) | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn **NEIN**, bitte ausfüllen:  Rechts Links  Nach oben (Dorsalflexion)  (norm. 0-20˚) ……………… ………………….  Nach unten (Plantarflexion)  (norm. 0-40˚) ……………… ………………….  🞎 Leicht herabgesetzt 🞎 Leicht herabgesetzt    🞎 Moderat herabgesetzt 🞎 Moderat herabgesetzt  🞎 Stark herabgesetzt 🞎 Stark herabgesetzt | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **14** | a) Ist die Fußgabel instabil?  b) Ist das Grundglied des großen Zehs frei beweglich? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen: Rechts Links  🞎 Leicht 🞎 Leicht    🞎 Moderat 🞎 Moderat  🞎 Stark 🞎 Stark    Wenn **NEIN**, bitte ausfüllen:  Nach oben bewegen (Dorsalflexion)  (norm. 0-45˚) ……………… …………………. |
| **15** | Liegt Muskelschwund vor:  a) des Oberschenkels (10 cm über der Kniescheibe)?  b) des Unterschenkels (größter Umfang)? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Rechts Links  Umfang (in cm) ……………….. ……………….  Umfang (in cm) ……………….. ………………. |
| **16** | Besteht eine Schwellung der Weichteile des Fußes oder des Knöchels?  a) Umfang des Unterschenkels (in Knöchelnähe)?  b) Umfang des Knöchels?  c) Umfang des Mittelfußes? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:    Rechts Links  Umfang (in cm) ……………….. ……………….  Umfang (in cm) ……………….. ……………….  Umfang (in cm) ……………….. ………………. |
| **17** | Sind Ödeme, Varizen, Hautveränderungen, Narben festzustellen? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Umfang, Position? |
| **18** | a) Sind Gefühlsstörungen festzustellen?  b) Kann ein Fußpuls gemessen werden?  Wenn 17b) mit Nein beantwortet wurde:  Hat die/der Geschädigte Ihres Wissens nach Diabetes?  Leidet die/der Geschädigte Ihres Wissens nach an einer Arterienverkalkung? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wo?  Wo? |
| **19** | Wie ist der Gang (z. B. hinkend, Verwendung eines Stocks, von zwei Stöcken, andere Hilfsmittel)? |  |  |
| **20** | Eventuelle Bemerkungen? |  |  |
| **21** | 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. 04.05.49.03