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

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

Die Fragen 6a und 6b 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: | | |  | | Diagnose auf Deutsch angeben:  Diagnose auf Latein angeben: | | | |
| **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** | a) Wurde die Behandlung (ärztliche oder andere Behandlung) abgeschlossen?  **Wenn 4a) mit JA beantwortet wurde, bitte Frage b) beantworten:**  a) Wann (Datum) wurde die Behandlung (ärztliche oder andere Behandlung) abgeschlossen? | | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Datum  (Tag/Monat/Jahr)  Art der letzten Arten angewandten Behandlung: ……………….…………………... | | | |
| **5** | 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? | | | |
| **6** | a) Hat die Patientin/der Patient Ihres Wissens nach in den letzten *[10]* Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Symptome der Finger 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? | | | |
| **7** | | 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? | | |  | | | 🞎 Teilweise 🞎 Vollzeit  🞎 Teilweise 🞎 Vollzeit  🞎 Teilweise 🞎 Vollzeit | |
| **8** | | | **Nur auszufüllen, wenn die Patientin/der Patient unter Punkt 7 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? | |  | | | |  |
| **9** | | | Welche aktuellen Beschwerden gibt die Patientin/der Patient an? | |  | | | |  |
| **10** | | | a) Ist die Patientin/der Patient Rechts- oder Linkshänder(in)?  b) Welche Seite wurde beeinträchtigt? | |  | | | | 🞎 Rechtshänder(in) 🞎 Linkshänder(in)  🞎 Rechts 🞎 Links |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **11** | Amputationen, Narben, Gefühlsstörungen, Brüche u. a können auf dieser Zeichnung angegeben werden.  Beschreibungen von Amputationen, Narben und Gefühlsstörungen können, falls erforderlich, auch unter Punkt 12, 13 und 14 erfolgen. |  | **Links**    **Dorsal Volar**  **Rechts**    **Dorsal Volar** |
| **12** | Amputationen? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA,** welche Finger und auf welcher Ebene? |
| **13** | Gibt es Narben? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte angeben, wo sich die Narben jedes Fingers mit einem Schaden befinden (dorsal - volar - radial - ulnar): |
| **14** | Sind Gefühlsstörungen festzustellen? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte angeben, wo sich die Gefühlsstörung jedes Fingers befindet (dorsal - volar - radial - ulnar): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **15** | Ist eine herabgesetzte Beweglichkeit des Fingers festzustellen?  Wenn **JA,** bitte das Formular rechts ausfüllen.  Die Beweglichkeit des geschädigten Fingers **und** der kontralateralen Finger angeben.  Betr. Wurzelgelenk des Daumens:  „Daumen, Wurzelgelenk, oben-unten“ bedeutet  Messung des Winkels zwischen dem 1. und 2. Finger, wenn der Daumen von der Ebene neben dem 2. Finger zur Ebene vor dem 2. Finger bewegt wird.  „Daumen, Wurzelgelenk, Außenbewegung“ bedeutet  Messung des Winkels zwischen dem 1. und 2. Mittelhandknochen, wenn der Daumen von 2. Finger nach außen bewegt wird. Die Hand liegt beim Messen flach auf einem Tisch.  **Hinweis:** Nicht ausgefüllte Felder für einen Finger bedeuten normal beweglicher Finger. | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Rechts Links  Daumen, Wurzelgelenk, oben-unten  (norm. 0-70º) ………..……… ………..………  Daumen, Wurzelgelenk, Außenbewegung  (norm. 0-70º) ………..……… ………..………  Daumen, Grundglied  (norm. 0-50º) ………..……… ………..………  Daumen, äußeres Glied  (norm. 0-80º) ………..……… ………..………  Abstand zur **Basis** des 2. Fingers (cm) ………..……… ………..………  Abstand zur **Basis** des 5. Fingers (cm) ………..……… ………..………  **Übrige Finger:**  **2. Finger**  Grundglied (norm. 0-90º) ………..……… ………..………  Mittelglied (norm. 0-100º) ………..……… ………..………  Äußeres Glied (norm. 0-90º) ………..……… ………..………  **3. Finger**  Grundglied (norm. 0-90º) ………..……… ………..………  Mittelglied (norm. 0-100º) ………..……… ………..………  Äußeres Glied (norm. 0-90º) ………..……… ………..………  **4. Finger**  Grundglied (norm. 0-90º) ………..……… ………..………  Mittelglied (norm. 0-100º) ………..……… ………..………  Äußeres Glied (norm. 0-90º) ………..……… ………..………  **5. Finger**  Grundglied (norm. 0-90º) ………..……… ………..………  Mittelglied (norm. 0-100º) ………..……… ………..………  Äußeres Glied (norm. 0-90º) ………..……… ………..……… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **16** | Ist der Pinzettengriff der Hand geschwächt? (Pinzettengriff zwischen dem 1. und 2. Finger)? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen: Rechts Links    🞎 Leicht 🞎 Leicht  🞎 Moderat 🞎 Moderat  🞎 Stark 🞎 Stark |
| **17** | Können alle Finger in Richtung Handteller geballt werden? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **NEIN**, bitte ausfüllen:  Wie viele cm fehlen bis zum Handteller (Fingerkuppen-Hohlhand-Abstand)?  Rechts Links  🞎 2. Finger …………..cm ………… cm  🞎 3. Finger …………..cm ………… cm  🞎 4. Finger …………..cm ………… cm  🞎 5. Finger …………..cm ………… cm |
| **18** | a) Erreicht die Fingerbeere des Daumens die Beeren der anderen Finger?  b) Erreicht die Fingerbeere des Daumens die Basis (distale Biegekerben) des kleinen Fingers? | **NEIN JA**  🞎 🞎  **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **NEIN**, bitte ausfüllen:  Wie viele Zentimeter fehlen, bevor die Fingerbeere des Daumens die Beeren der anderen Finger erreichen kann?  Rechts Links  🞎 2. Finger …………..cm ………… cm  🞎 3. Finger …………..cm ………… cm  🞎 4. Finger …………..cm ………… cm  🞎 5. Finger …………..cm ………… cm  Wenn **NEIN**, bitte ausfüllen:  Wie viele Zentimeter fehlen, bevor die Fingerbeere des Daumens die Basis des kleinen Fingers erreichen kann?  Rechts Links  🞎 5. Finger …………..cm ………… cm |
| **19** | Ist die Beweglichkeit des Handgelenks herabgesetzt? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Rechts Links  nach oben (dorsal)  (norm. 0-80˚) ……………… ………………..    nach unten (volar)  (norm. 0-80˚) ………………. ………………..  gegen den Daumen (radial)  (norm. 0-30˚) ……………….. ………………..  gegen den kleinen Finger (ulnar)  (norm. 0-40˚) ……………….. ……………… |
| **20** | Scheint die Handdruckkraft herabgesetzt? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen: Rechts Links  🞎 Leicht 🞎 Leicht  🞎 Moderat 🞎 Moderat  🞎 Stark 🞎 Stark |
| **21** | Ist die Beweglichkeit der Ellenbogengelenke einschl. der Rotation des Unterarms eingeschränkt? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **NEIN**, wie ist die Beweglichkeit eingeschränkt?  Rechts Links  Biegebeweglichkeit (Ext./Flex.)  (norm. 0-140˚) ……………….. ………………  Außenrotation (Supination)  (norm. 0-90˚) ……………….. ………………  Innenrotation (Pronation)  (norm. 0-90˚) ……………….. ……………… |
| **22** | Ist die Beweglichkeit des Schultergelenks normal? | **NEIN JA**  🞎 🞎 |  |
| **23** | Liegt Muskelschwund vor:  a) des Oberarms (größter Umfang)?  b) des Unterarms (größter Umfang)? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Rechts Links  Umfang (in cm) ………………. ………………..    Umfang (in cm) ……………….. ………………. |
| **24** | Können Kreislauf- oder trophische Störungen festgestellt werden? | **NEIN JA**  🞎 🞎 |  |
| **25** | Eventuelle Bemerkungen? |  |  |
| **26** | Datum der Untersuchung |  | Datum  (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. 04.05.45.04