|  |
| --- |
| **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 Hals-Nasen-Ohrenarzt, 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** | Wie beschreibt die/der Geschädigte das Entstehen des akustischen Traumas? |  |  | | |
| **4** | a) Welche Beschwerden/Symptome des Gehörs gibt die/der Geschädigte als Folgen des aktuellen Unfallss/der aktuellen Krankheit/des akustischen Traumas an?  b) Wann traten nach Angaben der Patientin/des Patienten die ersten Symptome auf? |  | Datum  (Tag/Monat/Jahr) | | |
| **5** | Welche Läsionen und welchen Krankheitszustand konnten Sie aufgrund des aktuellen Unfalls/der aktuellen Krankheit/akustischen Traumas bei der/dem Geschädigten feststellen? |  |  | | |
| **6** | Diagnose auf Deutsch und Latein angeben: |  | 1. Deutsch:  1. Latein: | | |
| **7** | Andere relevante Diagnosen bitte auf Deutsch/Latein angeben: |  | 2. Deutsch:  2. Latein:  3. Deutsch:  3. Latein: | | |
| **8** | a) Hat die Patientin/der Patient Ihres Wissens nach in den letzten *[10]* Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Symptome aufgrund der Ohren/des Gehörs 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** | Kann die/der Geschädigte nach eigenen Angaben normales Sprechen einer anderen Person verstehen, ohne Hintergrundgeräusche und ohne das Gesicht des Sprechers zu sehen? | **NEIN JA**  🞎 🞎 |  | |
| **11** | Kann die/der Geschädigte nach eigenen Angaben normales Sprechen einer anderen Person verstehen, ohne dessen Gesicht zu sehen und mit einigem Hintergrundgeräusch, entsprechend eines Gesprächs in einem PKW oder vor einem TV-Gerät? | **NEIN JA**  🞎 🞎 |  | |
| **12** | Gibt die/der Geschädigte Gleichgewichtsprobleme an? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche Gleichgewichtsprobleme? | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **13** | Wurde eine **TONEAUDIOMETRIE vorgenommen**?  **Bitte folgende Symbole verwenden:**  **Luftleitung**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **○** | = | rechtes Ohr: | | ● | = | rechtes Ohr maskiert | | × | = | linkes Ohr | |  | = | linkes Ohr maskiert |   **Knochenleitung**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **[** | = | rechtes Ohr | | **<** | = | rechtes Ohr maskiert | | **]** | = | linkes Ohr | | **>** | = | linkes Ohr maskiert | | **bedste%20øres%20benledning** | = | Knochenleitung bestes Ohr |   **Impedanz**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **stapediusrefleks%20i%20højre%20øre** | = | Stapediusreflex, rechtes Ohr mit Ton im linken | | **stapediusrefleks%20i%20venstre%20øre** | = | Stapediusreflex, linkes Ohr mit Ton im rechten | | **stapediusrefleks%20i%20højre%20øre%20med%20lyd%20i%20venstre%20ikke%20udløst** | = | Stapediusreflex, rechtes Ohr mit Ton im linken, nicht ausgelöst | | **stapediusrefleks%20i%20venstre%20øre%20med%20lyd%20i%20højre%20ikke%20udløst** | = | Stapediusreflex, linkes Ohr mit Ton im rechten, nicht ausgelöst |   **Weber**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | stapediusrefleks%20i%20venstre%20øre | = | Weber, lateralisiert zum rechten Ohr | | **stapediusrefleks%20i%20højre%20øre** | = | Weber, lateralisiert zum linken Ohr | | **↕** | = | Weber in der Mittellinie (nicht lateralisieren) | | **NEIN JA**  🞎 🞎 Wenn **JA**, nachstehendes Audiogramm ausfüllen:  (Ausdruck der Auditbase wenn vorhanden beifügen)    Audiogram-funktionsattest    Zeitpunkt des Audiogramms …………………………  (Tag/Monat/Jahr) | |
| **14** | Wurde eine **SPRACHAUDIOMETRIE** vorgenommen?   |  |  |  | | --- | --- | --- | | SRT | = | Sprechschwelle | | DV | = | Diskriminationsverlust | | D | = | Diskrimination | | MCL | = | die angenehmste Lautstärke |   Diskriminationsverlust (DL) bei Geräusch٭ (Sprechsignal 65 dB SPL) ein freiem Feld oder Kopfhörer recht + links?  Oder Diskrimination (DL) bei Geräusch\*(Sprechsignal 65 dB SPL) ein freiem Feld oder Kopfhörer recht + links? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Rechtes Ohr | Linkes Ohr | | SRT |  |  | | DL in Ruhe bei MCL | % | % | | D in Ruhe bei MCL | % | % | | MCL |  |  |   Zeitpunkt der Sprachaudiometrie …………………………  (Tag/Monat/Jahr)  ….…………%  ….…………%  ٭ Geräusch angeben:  Art des Geräusches ...................................  Stärke des Geräusches ................................... |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **15** | Wurde bei der Othoskopie pathologische Veränderungen festgestellt? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche Veränderungen? |
| **16** | Gibt die/der Geschädigte an, an Tinnitus zu leiden?   1. Wann trat der Tinnitus nach Angaben der/des Geschädigten erstmals auf? 2. Ist der Tinnitus nach Angaben der/des Geschädigten permanent? 3. Ist der Tinnitus nach Angaben der/des Geschädigten intermittierend? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Datum  (Tag/Monat/Jahr)  🞎 Im rechten Ohr 🞎 Im linken Ohr  🞎 Im rechten Ohr 🞎 Im linken Ohr | |
| **17** | Gibt der Zustand der/des Geschädigten im Übrigen Anlass zu Bemerkungen? |  |  | |
| **18** | 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. 04.05.51.03