|  |
| --- |
| **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: | | |  | | 1. Deutsch:  1. Latein:  2. Deutsch:  2. 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** | a) a) Wurde die Behandlung (ärztliche oder andere Behandlung) abgeschlossen?  **Wenn 4a) mit JA beantwortet wurde, bitte Frage b) beantworten:**  b) 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 Art der Untersuchung, wo und wann (wenn möglich, eine Kopie der Beschreibung beifügen)?  Mit welchem Ergebnis? |
| **6** | | a) Hat die Patientin/der Patient Ihres Wissens nach in den letzten *[10]* Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Symptome in den Knien 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** | | a) Gibt die Patientin/der Patient an, ihre/seine Arbeit wieder aufgenommen zu haben?  b) Gibt die Patientin/der Patient an, die täglichen Funktionen wieder aufgenommen hat? (**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 (**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 |
| **8** | | Welches sind die ärztlichen oder medizinischen Ursachen dafür, dass die Patientin/ der Patient diesen Funktionen nicht nachgehen kann?  **Nur auszufüllen, wenn die Patientin/der Patient unter Punkt 7 Funktionen angegeben hat, denen sie/er nicht nachgehen kann.** | | | |  |  |
| **9** | | Welche aktuellen Beschwerden gibt die Patientin/der Patient an? | | |  | |  |
| **10** | | | Welches Knie ist geschädigt? | |  | | 🞎 Rechts 🞎 Links |
| **11** | | | a) Besteht ein Verschluss, oder wurden Verschlüsse angegeben?  **Wenn 11a) mit JA beantwortet wurde, bitte nachstehende Fragen beantworten.**  b) Wie oft?  c) Der letzte war wann?  d) Verursachten diese eine Arbeitsunterbrechung?  E Waren sie Ursachen für Bettlägerigkeit?  F Führten sie zu anderer Behandlung? | | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | | Wie lange?  Welche? |
| **12** | | | a) Wurde eine Arthroskopie des Knies vorgenommen?  b) Wurde eine Rekonstruktion des Knie-Gelenkbandes vorgenommen?  c) Wurde die Patientin/der Patient zur weiteren Beurteilung überwiesen?  d) Ist eine Operation der Patientin/des Patienten geplant? | | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wann?............................................................................................  (Tag/Monat/Jahr)  Ort der Behandlung?  Wann?............................................................................................  (Tag/Monat/Jahr)  Ort der Behandlung?  Wann überwiesen? .................................................................................  (Tag/Monat/Jahr)  Ort der Behandlung?  Wann wird die Operation erwartet? .................................................................................  (Tag/Monat/Jahr)  Ort der Behandlung? |
| **13** | | | Ist ein Knirschen im Knie festzustellen? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen: Rechts Links  🞎 Leicht 🞎 Leicht    🞎 Moderat 🞎 Moderat    🞎 Stark 🞎 Stark |
| **14** | | | Besteht Druckempfindlichkeit? | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wo? |
| **15** | | | Ist die Beweglichkeit des Kniegelenks normal? | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **NEIN**, bitte ausfüllen:  Rechts Links  Strecken/Beugen (Flexion)  (norm 0-140˚) ……………. ………….. |
| **16** | | | a) Besteht eine abnorme Beweglichkeit in Form von Instabilität?  b) Besteht eine abnorme Beweglichkeit in Form einer Verschiebung? | | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen: Rechts Links  🞎 Leicht 🞎 Leicht    🞎 Moderat 🞎 Moderat  🞎 Stark 🞎 Stark  🞎 Leicht 🞎 Leicht    🞎 Moderat 🞎 Moderat  🞎 Stark 🞎 Stark |
| **17** | | | Ist eine veränderte Stellung des Unterschenkels festzustellen (z. B. X-Beine, O-Beine)? | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche Seite und wie? |
| **18** | | | Sind die anderen Gelenke des Beins frei beweglich? | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **NEIN**, bitte ausfüllen:  Was ist die Ursache? |
| **19** | | | Ist ein messbarer Muskelschwund festzustellen?  a) des Oberschenkels (10 cm über der Kniescheibe)?  b) des Unterschenkels (größter Umfang)? | | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | | Wenn **JA,** Umfang in cm angeben:    Rechts Links  Umfang (in cm) ............... ………...  Umfang (in cm) ............... ………... |
| **20** | | | Besteht eine Schwellung der Weichteile des Kniegelenks?  a) Umfang des Kniegelenks | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Rechts Links  Umfang (in cm) ……………….. ………………. |
| **21** | | | a) Können Ansammlungen im rechten Knie festgestellt werden?  b) Können Ansammlungen im linken Knie festgestellt werden? | | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | |  |
| **22** | | | Sind Gefühlsstörungen festzustellen? | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wo? |
| **23** | | | Ist der Gang normal? | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **NEIN**, bitte ausfüllen:  Warum nicht?  (z. B. hinkend, Verwendung eines Stocks, von zwei Stöcken, andere Hilfsmittel)? |
| **24** | | | Eventuelle Bemerkungen? | |  | |  |
| **25** | | | 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:  ………………….. ………………………………………………  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. 04.05.47.04