|  |
| --- |
| **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:  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** | | Wurde eine bilddiagnostische Untersuchung vorgenommen (z. B. Röntgen, Ultraschall, CT, MR)? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche Untersuchung(en), wann und wo? (Wenn möglich, eine Kopie der Beschreibung beifügen)  Mit welchem Ergebnis? |
| **5** | | a) Hat die Patienten/der Patient Ihres Wissens nach in den letzten *[10]* Jahren unter Krankheiten, Beschwerden oder Symptomen von Unterarm oder Handgelenk 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**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  🞎 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 Beschwerden gibt die Patientin/der Patient an? |  | | |  | |
| **9** | | Wo befindet sich der Schaden/die Krankheit? |  | | | 🞎 Nahe am Ellenbogen 🞎 Mitten am Unterarm 🞎 Nahe des Handgelenks | |
| **10** | | a) Ist die Patientin/der Patient Rechts- oder Linkshänder(in)?  b) Welche Seite wurde beeinträchtigt? |  | | | 🞎 Rechtshänder(in) 🞎 Linkshänder(in)  🞎 Rechts 🞎 Links | |
| **11** | | a) Gibt es eine Fehlstellung entsprechend der Bruchstelle? (**Nur** bei einem Bruch zu beantworten)    b) Besteht eine Schwellung?  c) Besteht Druckempfindlichkeit? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Rechts Links    🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | |
| **12** | | Kann das Schultergelenk normal bewegt werden (mit freiem Schulterblatt)? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | | Wenn **NEIN**, bitte Beweglichkeit angeben:  Rechts Links  Nach vorn-oben (norm. 0-180˚) …………….. . ……………..…  Nach außen-oben (norm. 0-180˚) …………….. . ……………..…  Nach hinten (norm. 0-40˚) ……………... …………………  Außenrotation (norm 0-60˚) ……………… ………………..  (mit waagerechtem Unterarm)  Innenrotation (norm 0-90˚) ……………… ………………..  (mit waagerechtem Unterarm) | |
| **13** | | Ist die Beweglichkeit der Ellenbogengelenke einschl. der Rotation des Unterarms normal? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | | Wenn **NEIN**, bitte Beweglichkeit angeben:  Rechts Links  Beugebewegung (Ext./Flex.)  (norm. 0 - 140˚) . ……………. ……………….  Außenrotation (Supination)  (norm. 0 - 90˚) . ……………. ……………….  Innenrotation (Pronation)  (norm. 0 - 90˚) . ……………. ………………. | |
| **14** | Ist die Beweglichkeit des Handgelenks normal? | | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **NEIN**, wie ist die Beweglichkeit eingeschränkt?  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˚) ……………… ……………….. | | | |
| **15** | Ist ein Knirschen im Handgelenk festzustellen? | | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Rechts 🞎 Links 🞎 | | | |
| **16** | 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 | | | |
| **17** | Liegt Muskelschwund vor:  a) des Oberarms (größter Umfang)?  b) des Unterarms (größter Umfang)?  c) der Handmuskeln? | | | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Rechts Links  Umfang (in cm) ……………….. ……………….  Umfang (in cm) ……………….. ……………….  🞎 Leicht 🞎 Leicht  🞎 Moderat 🞎 Moderat  🞎 Stark 🞎 Stark | | | |
| **18** | Sind Gefühlsstörungen festzustellen? | | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  In welchem Bereich? | | | |
| **19** | Ist die Handdruckkraft Ihrer Meinung nach herabgesetzt? | | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Rechts Links  🞎 Leicht 🞎 Leicht  🞎 Moderat 🞎 Moderat  🞎 Stark 🞎 Stark | | | |
| **20** | Können Kreislauf- oder trophische Störungen festgestellt werden? | | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche? | | | |
| **21** | Eventuelle Bemerkungen? | | |  |  | | | |
| **22** | 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. 04.05.44.04