**FP 300 Erstes ärztliches Attest**

**Dieses Attest ist Bestandteil der Vereinbarung zwischen der Versicherungsgesellschaft „Forsikring & Pension“ und dem dänischen Ärzteverband „Lægeforeningen“ bezüglich der Ausstellung von Attesten, Gesundheitserklärungen u. a.**

**Es wurde zwischen Forsikring & Pension und Lægeforeningen vereinbart, dass das Attest von jedem Arzt mit qualifiziertem ärztlichem Hintergrund ausgefüllt werden kann**.

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

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

Die Fragen 5a und 5b 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** | a) Wie beschreibt die Patientin/der Patient das Entstehen des Schadens oder der Krankheit?  b) Ist der Schaden bzw. die Krankheit gemäß Beschreibung der Patientin/des Patienten während der Arbeitszeit entstanden?  c) Gibt die Patientin/ der Patient an, krank geschrieben zu sein? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn JA, in welchen Zeiträumen?................................................................... |
| **3** | a) Zeitpunkt der ersten ärztlichen Hilfe?  b) Wer leistete die erste ärztliche Hilfe?  (bitte Arzt oder Krankenhaus angeben) |  | Datum: ………………………………….……………………………………..  (Tag/Monat/Jahr)  Name und Adresse: |
| **4** | Welche aktuellen Beschwerden gibt die Patientin/der Patient an? |  |  |
| **5** | a) Hat die Patientin/der Patient Ihres Wissens nach in den letzten *[10]* Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Symptome im gleichen Bereich 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?  Welche? |
| **6** | Diagnose auf Deutsch und Latein angeben: |  | 1. Deutsch:  1. Latein:  2. Deutsch:  2. Latein: |
| **7** | a) Wer hat die Patientin/ den Patienten früher behandelt?  b) Ist die Patientin/der Patient in Behandlung oder in Rehabilitation?  c) Wurde die Patientin/der Patient für eine weitere Behandlung oder Rehabilitation überwiesen?  d) Ist die Behandlung oder Rehabilitation abgeschlossen? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | Name und Adresse:  Wenn **JA**, bei wem (Name und Adresse)?    Wenn **JA**, bei wem (Name und Adresse)?    Wenn **JA**, wann?.............……………………………………………….  (Tag/Monat/Jahr) |
| **8** | a) Gibt die Patientin/der Patient an, ihrer/seiner beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können?  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 |
| **9** | Welches sind die ärztlichen oder medizinischen Ursachen dafür, dass die Patientin/der Patient ihren/seinen Arbeitsaufgaben oder täglichen Funktionen nicht nachgehen kann?  **Nur auszufüllen, wenn die Patientin/der Patient unter Punkt 8 Funktionen angegeben hat, denen sie/er nicht nachgehen kann.** |  |  |
| **10** | a) Wird er Schaden/die Krankheit nach Ihrem Ermessen dauerhafte Folgen haben?  b) Kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Welche? |
| **11** | 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:  ………………….. ………………………………………………  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. 04.04.30.04