|  |
| --- |
| **Von der Versicherungsgesellschaft/dem/der Antragsteller(in) auszufüllen** |
| **Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PKZ.**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Beruf:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Schadennr.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  |
| **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. Deutsch:3. 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 Art der Untersuchung, wo und wann (wenn möglich, eine Kopie der Beschreibung beifügen)? Mit welchem Ergebnis? |
| **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** | a) Gibt die Patientin/der Patient an, ihre/seine Arbeit oder die täglichen Funktionen wieder aufgenommen zu haben?**6 b) oder 6 c) nur bei NEIN auf die Frage** **6 a):**Können Sie zum jetzigen Zeitpunkt abschätzen, wann die Patientin/der Patient ihre/seine Arbeit wiederaufnehmen kann? c) Können Sie zum jetzigen Zeitpunkt abschätzen, wann die Patientin/der Patient die täglichen Funktionen in vollem Umfang wieder aufnehmen kann? (**Nur** bei Personen ohne Arbeit, z. B. Rentner oder Kindern, auszufüllen) | **NEIN JA**🞎 🞎🞎 🞎🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:Etwa ab (Datum):……………………………………………………………….(Tag/Monat/Jahr)🞎 Teilweise 🞎 VollzeitEtwa ab (Datum):……………………………………………………………….(Tag/Monat/Jahr)🞎 Teilweise 🞎 VollzeitEtwa ab (Datum):……………………………………………………………….(Tag/Monat/Jahr) |
| **7** | Welche Beschwerden gibt die Patientin/der Patient an? |  |  |
| **8** | Kann der Schaden oder die Krankheit objektiv nachgewiesen werden? | **NEIN JA**🞎 🞎 |  |
| **9** | 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. 04.05.41.04