|  |
| --- |
| **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. Deutsch:  3. Latein: | |
| **3** | a) Ergibt sich aus der Inspektion und Palpation der Schulter ein klinischer Befund?  a) Ergibt sich aus der Inspektion und Palpation des Ellenbogens ein klinischer Befund?  **Nur bei einem Bruch zu beantworten:**  c) Ergibt sich aus der Inspektion und Palpation der Bruchstelle ein klinischer Befund? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wie?  Wie?  Wie? | |
| **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** | Wurde eine Arthroskopie des Schulter- und/oder Ellenbogengelenks vorgenommen? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wann?............................................................................................  (Tag/Monat/Jahr)  Ort der Behandlung? | |
| **6** | a) Hat die Patienten/der Patient Ihres Wissens nach in den letzten *[10]* Jahren unter Krankheiten, Beschwerden oder Symptomen der Schulter, des Oberarms oder Ellenbogens 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? | |
| **7** | a) Gibt die Patientin/der Patient an, ihre/seine Arbeit oder die täglichen Funktionen wieder aufgenommen zu haben?  **7 b) oder 7 c) nur bei NEIN auf die Frage**  **7 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 🞎 Vollzeit  Etwa ab (Datum):……………………………………………………………….  (Tag/Monat/Jahr)  🞎 Teilweise 🞎 Vollzeit  Etwa ab (Datum):……………………………………………………………….  (Tag/Monat/Jahr) | |
| **8** | Welche aktuellen Beschwerden gibt die Patientin/der Patient an? |  |  | |
| **9** | Welcher Bereich wurde beeinträchtigt (eventuell Bruch)? |  | 🞎 Schulter 🞎 Oberarm 🞎 Ellenbogen | |
| **10** | a) Ist die Patientin/der Patient Rechts- oder Linkshänder(in)?  b) Welche Seite wurde beeinträchtigt? |  | 🞎 Rechtshänder(in) 🞎 Linkshänder(in)  🞎 Rechts 🞎 Links | |
| **11** | 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) | |
| **12** | Ist die Beweglichkeit der Ellenbogengelenke einschl. der Rotation des Unterarms normal? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | Wenn **NEIN**, wie ist die Beweglichkeit eingeschränkt?  Rechts Links  Beugebewegung (Ext./Flex.)  (norm. 0 - 140˚) …………….. ……………….  Außenrotation (Supination)  (norm. 0 - 90˚) …………….. ……………….  Innenrotation (Pronation)  (norm. 0 - 90˚) . ……………. ………………. | |
| **13** | Ist ein Knirschen im Gelenk festzustellen?  a) Schultergelenk  b) Schulter-Schlüsselbeingelenk (AC-Gelenk)  c) Ellenbogengelenk | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, wo ist das Knirschen festzustellen?  Rechts Links  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | |
| **14** | Können Handgelenk und Finger frei bewegt werden? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **NEIN**, bitte ausfüllen:  Welche Beeinträchtigungen gibt es? | |
| **15** | a) Sichtbarer Muskelschwund der Schulterrundung (Deltoideus)?  b) Messbarer Muskelschwund am Oberarm (größter Umfang)?  b) Messbarer Muskelschwund am Unterarm (größter Umfang)?  d) Sichtbarer Muskelschwund der Handmuskeln? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:    Rechts Links  🞎 Leicht 🞎 Leicht  🞎 Moderat 🞎 Moderat  🞎 Stark 🞎 Stark    Umfang (in cm) ……………….. ……………….  Umfang (in cm) ……………….. ……………….  🞎 Leicht 🞎 Leicht  🞎 Moderat 🞎 Moderat  🞎 Stark 🞎 Stark | |
| **16** | Sind Gefühlsstörungen festzustellen? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  In welchem Bereich? | |
| **17** | Ist die Handdruckkraft Ihrer Meinung nach normal? | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **NEIN**, bitte ausfüllen:  Rechts Links  🞎 Leicht 🞎 Leicht  🞎 Moderat 🞎 Moderat  🞎 Stark 🞎 Stark | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **18** | 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) |
| **19** | Eventuelle Bemerkungen? |  |  | |
| **20** | 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. 04.05.43.04