|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. 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 Untersuchung(en), wann und wo? (Wenn möglich, eine Kopie der Beschreibung beifügen)  Mit welchem Ergebnis? | |
| **5** | | 1. Hat die Patientin/der Patient Ihres Wissens nach in den letzten *[10]* Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Symptome der Hüften oder Oberschenkel gehabt? 2. 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** | | 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 zu haben? (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**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | | 🞎 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 aktuellen Beschwerden gibt die Patientin/der Patient an? |  | | |  | |
| **9** | | b) Welche Seite/welcher Bereich wurde beeinträchtigt? |  | | | Rechts Links  🞎 Hüftnah 🞎 Hüftnah    🞎 Mitte Oberschenkelknochen 🞎 Mitte Oberschenkelknochen  🞎 Knienah 🞎 Knienah | |
| **10** | | a) Verkürztes Bein?  b) Ist die Beinstellung verändert? (z. B. aussenrotierend) | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎 | | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:    Anzahl cm: Anzahl cm:    Wie?    …………………….. ………………………  (z. B. Grad) (z. B. Grad) | |
| **11** | | a) Ist die Beweglichkeit der Hüftgelenke normal?  b) Ist die Beweglichkeit der Kniegelenke normal?  c) Ist ein Knirschen im Knie festzustellen? | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | | | Wenn **NEIN**, bitte ausfüllen:  Rechts Links  Extension  (normal 0/10) ˚) …………… …………..  Flexion  (norm. 0-130˚) …………… …………..  Abduktion  (norm. 0-45˚) …………… …………..  Adduktion  (norm. 0-30˚) ……………. …………….  Außenrotation  (norm. 0-45˚) ……………… …………….    Innenrotation  (norm 0-40˚) ………………. ….…………  Wenn **NEIN**, bitte ausfüllen:  Strecken/Beugen (Flexion)  (norm 0-140˚) ……………. …………..  Wenn **JA**, bitte ausfüllen: Rechts Links  🞎 Leichtes Knirschen 🞎 Leichtes Knirschen  🞎 Moderates Knirschen 🞎 Moderates Knirschen  🞎 Schweres Knirschen 🞎Schweres Knirschen | |
| **12** | d) Sichtbarer Muskelschwund der Gesäßmuskeln?  b) Messbarer Muskelschwund der Oberschenkel (10 cm über der Kniescheibe)?  b) Messbarer Muskelschwund der Waden (größter Umfang)? | | | | **NEIN JA**  🞎 🞎  🞎 🞎  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen: Rechts Links    🞎 Leicht 🞎 Leicht    🞎Moderat 🞎Moderat    🞎 Stark 🞎 Stark    Umfang (in cm) ……………….. ……………….    Umfang (in cm) ……………….. ………………. | |
| **13** | Sind Fußgelenke und Zehen frei beweglich? | | | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | |  | |
| **14** | Sind Ödeme, Varizen, Hautveränderungen, Narben festzustellen? | | | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Umfang, Position: | |
| **15** | Sind Gefühlsstörungen festzustellen? | | | | **NEIN JA**  🞎 🞎 | | Wenn **JA**, bitte ausfüllen:  Wo? | |
| **16** | Wie ist der Gang (z. B. hinkend, Verwendung eines Stocks, von zwei Stöcken, andere Hilfsmittel)? | | | |  | |  | |
| **17** | Eventuelle Bemerkungen? | | | |  | |  | |
| **18** | 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. 04.05.46.04