

Herrn/Frau/Firma

## Ärztliches Zeugnis für Arzt-Haftpflichtschäden

Schaden-Nummer

Versicherungsschein-Nummer

Name des Versicherungsnehmers

Anschrift

Bitte das ärztliche Zeugnis anhand Ihrer Aufzeichnungen bzw. Karteikarte erstellen. Sollten zusätzliche Maßnahmen, wie Röntgenkontrolle, notwendig sein, bitten wir, zuvor unser Einverständnis einzuholen.

### 1. Angaben zum Patienten

Name des Patienten

Anschrift des Patienten

Beruf

Unfallort

Geburtsdatum

Familienstand

Schadentag

### 2. Ärztliches Zeugnis

2.1 Beginn Ihrer Behandlung

am:

2.2 Angaben des Patienten zu seiner  
Behandlung durch unseren VN:

2.3 Erstbefund  
Folgende diagnostische Hilfsmittel wurden  
zur Sicherung der Diagnose angewandt:

2.4 Diagnose

2.5 Befund der letzten Untersuchung

2.6 Letzte Untersuchung

Bisheriger Heilverlauf mit objektivem Befund:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_

2.7 Haben Krankheiten oder Gebrechen die Unfallfolgen verschlimmert oder die Heilung verzögert?

nein  ja: falls ja, zu welchem Anteil? \_\_\_\_\_ %

Erläuterung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.8 Bestand eine Erwerbsminderung?

nein  ja: falls ja, zu welchem Anteil? \_\_\_\_\_ %

2.9 War das verletzte Körperglied vorher in der Funktion beeinträchtigt?

nein  ja

2.10 Dauer der **stationären** Behandlung  
Voraussichtliche Entlassung

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_

2.11 Dauer der **ambulanten** Behandlung  
Daten der Sprechstunden/Hausbesuche

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

2.12 Grad der Erwerbsbeschränkung des Verletzten **in seinem Beruf** infolge des behaupteten Behandlungsfehlers

In der Abstufung der Arbeitsbehinderung soll die nach ärztlichem Ermessen bestehende Möglichkeit der teilweisen Berufsausübung ihren Ausdruck finden.

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ %

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ %

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ zu \_\_\_\_\_ %

2.13 Ist mit einem Dauerschaden zu rechnen?

nein

ja: falls ja, zu welchem Anteil? \_\_\_\_\_ %

2.14 Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

arbeitsfähig ab: \_\_\_\_\_

2.15 Wann wird das Heilverfahren endgültig abgeschlossen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.16 Wer trägt die Behandlungskosten?

Patient  Kasse: \_\_\_\_\_

2.17 Wem haben Sie noch über diesen Unfall berichtet?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.18 Zusätzliche Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Honorar für diesen Bericht

Gebühr EUR:

\_\_\_\_\_

BLZ:

Kto.-Nr.:

Kreditinstitut:

Name des Kontoinhabers:

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift