

ÄRZTLICHE FESTSTELLUNG

einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit
als Unfallfolge (**Invalidität**)

Schadensnummer:	Namen des Verletzten:
Unfall-/ Schadentag:	Geburtsdatum:
Der oben genannte Patient erlitt einen Unfall mit folgenden Verletzungen	
<p>Die folgende Frage bezieht sich auf die Feststellung einer Invalidität <u>dem Grunde nach</u>. Es ist keine Beurteilung zur Höhe der Invalidität erforderlich.</p> <p>In Folge der obigen Verletzungen ist eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit eingetreten (ärztliche Feststellung dem Grunde nach)</p> <p> <input type="radio"/> JA, der Dauerschaden ist dem Grunde nach bereits eingetreten <input type="radio"/> NEIN, es besteht keine dauernde unfallbedingte Beeinträchtigung </p>	
<p>Folgende Körperteile / Organe bzw. Funktionen sind auf Dauer unfallbedingt beeinträchtigt (z.B. rechter Arm, linkes Auge etc.)</p>	
<p>Die dauernden Funktionsbeeinträchtigungen sind (z.B. eingeschränkte Drehbewegung, Kraftminderung etc.)</p>	
<p>Abschluss der ärztlichen Behandlung</p> <p>[] ist bereits erfolgt [] die Behandlung dauert noch an – bis voraussichtlich _____</p> <p>Eine zuverlässige Beurteilung des Umfanges des auf Dauer verbleibenden Invaliditätsgrades ist möglich</p> <p>[] bereits jetzt [] in ca. _____ Monaten</p>	
Datum:	Stempel und Unterschrift des Arztes
<p>Bitte fügen Sie uns, sofern vorhanden, Kopien der Behandlungs- und Befundberichte bei. Vielen Dank.</p>	