

**vom Arzt aus zu füllen**

## ÄRZTLICHES ATTEST

1) Name, Vorname und Adresse des Arztes .....

Tel. Nr./GSM ..... E-Mail .....

2) Name, Vorname und Adresse des Verletzten .....

3) Datum des Unfalls  /  /

4) Datum und Stunde der ersten Untersuchung  /  /  Um  .  Uhr

5) Diagnose (die Art der Verletzungen und die verletzten Körperteile angeben)

- Handelt es sich um eine Verletzung, die auf ein akutes Trauma zurück zu führen ist?  ja  nein
- Gibt es eine Anamnese?  ja  nein
- Kann die Verletzung auf einen schleichenden Prozess oder eine Veranlagung zurück zu führen oder hierdurch beeinflusst worden sein?  ja  nein
- Bemerkungen : .....

6) Voraussichtliche Dauer der ärztlichen Behandlung .....

7) Voraussichtliche Folgen des Unfalls:

- Vollständige Arbeitsunfähigkeit ..... Tage, /  bis zum / /
- vom · Teilweise Arbeitsunfähigkeit ..... Tage, /  bis zum / /  zu .....%
- vom

8) Wünschen Sie das Eingreifen eines Facharztes oder eines Röntgenologen?  ja  nein

· Falls ja, welcher Art? .....

9) Rechnen Sie mit einer dauernden Arbeitsunfähigkeit oder mit einer vollständigen Genesung?

## VORGESCHICHTE

10) Glauben Sie, dass die festgestellte Verletzung eine Folge des auf Seite 1 beschriebenen Unfalls ist?

ja  nein

11) Besteht ein Zusammenhang mit einem früheren Umstand (Gebrechen, Schmerzen oder Krankheiten) ?

ja  nein

Falls ja, welcher ? .....

Ausgestellt in .....

*Unterschrift und Stempel des Arztes*

am  /  /