



Bitte zurück an:

Württembergische Versicherung AG
70163 Stuttgart

Ärztlicher Bericht

Verletzte Person:

– Name, Vorname

Schaden-Nr.:

Geburtsdatum:

1. Unfalltag:	<input type="text"/>
2.1 Angaben der verletzten Person zum Unfallhergang:	<input type="text"/>
2.2 War der Sicherheitsgurt angelegt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.3 Wurde ein Schutzhelm getragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.1 Teilen Sie uns bitte den erhobenen objektiven Befund mit?	<input type="text"/>
3.2 Konnten Gurtspuren festgestellt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
3.3 Lag zum Unfallzeitpunkt Alkohol- oder Rauchmittelgenuss vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
4. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt? Röntgen? CT? MRT?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____
5. Wie lautet die Diagnose?	<input type="text"/>



6.1 Fand eine stationäre Behandlung statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____
6.2 In welchem Krankenhaus?	
6.3 An welche Ärzte erfolgte eine Überweisung? Ggf. Name und Adresse.	
7.1 War die verletzte Person bis zum Unfallzeitpunkt voll arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Grund:
7.2 Bestehen bei der verletzten Person Krankheiten, Beschwerden oder Folgen von Verletzungen, die nicht im Zusammenhang mit diesem Unfallereignis stehen. Wurde dadurch der unfallbedingte Heilverlauf bzw. die Erwerbsfähigkeit beeinflusst?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grund:
8.1 Die unfallbedingte Untersuchung war am:	
8.2 Berichten Sie bitte über den aktuellen Stand der unfallbedingten Behandlung:	
9.1 Ist die Behandlung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> nein, voraussichtlich noch _____ <input type="checkbox"/> ja, am _____
9.2 Die verletzte Person war arbeitsunfähig	zu _____ % vom _____ bis _____
9.3 Bleiben voraussichtlich Dauerfolgen des Unfalls zurück?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:
10. Haben Sie bereits weitere unfallbedingte Attest-Anfragen erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von (Name, Adresse, Aktenzeichen):
11. Wer ist Kostenträger der unfallbedingten Behandlung?	
12. Besondere Bemerkungen (z. B. Aggravation):	

Bitte vermerken Sie hier das Honorar gemäß GOÄ für Ihre Bemühungen:

Honorar	IBAN
Euro	
Kontoinhaber	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes
