



Bitte zurück an:

Württembergische Versicherung AG
70163 Stuttgart

Ärztlicher Ergänzungsbericht

Verletzte Person:

– Name, Vorname

Schaden-Nr.:

Geburtsdatum:

1. Unfalltag:	
2. Wann haben Sie die verletzte Person zuletzt untersucht?	
3. Bitte beschreiben Sie den bisherigen Heilverlauf:	
4. Teilen Sie uns bitte den zuletzt erhobenen objektiven Befund mit, einschließlich radiologischer Befund (Röntgen, CT, MRT):	
5. Fand inzwischen eine weitere stationäre Behandlung statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dauer: vom _____ bis _____ Grund: _____ _____ Adresse: _____ _____



<p>6. Liegen Abweichungen vom normalen Heilungsverlauf vor?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch unfallbedingte Komplikationen:</p> <hr/> <p>Verhalten der verletzten Person (Aggravation/Simulation/ Kooperation):</p> <hr/> <p>unfallunabhängige Erkrankungen:</p> <hr/>
<p>7.1 Ist die unfallbedingte Behandlung abgeschlossen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein, voraussichtlich noch _____ <input type="checkbox"/> ja, am _____</p>
<p>7.2 Welche unfallbedingten Heilmaßnahmen sind noch erforderlich?</p>	
<p>8. Die verletzte Person arbeitet wieder seit: Beruf?</p>	
<p>9. Schätzen Sie bitte die bisherige und gegenwärtige MdE unter Berücksichtigung der Tätigkeit der verletzten Person ein:</p>	<p>zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____</p>
<p>10. Bleiben voraussichtlich Dauerfolgen des Unfalls zurück?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>11. Haben Sie bereits weitere unfallbedingte Attest-Anfragen erhalten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von (Name, Adresse, Aktenzeichen):</p> <hr/> <hr/> <hr/>

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

<p>Honorar Euro</p>	<p>IBAN</p>
<p>Kontoinhaber</p>	

<p>Ort, Datum</p>	<p>Stempel und Unterschrift des Arztes</p>