

Ärztlicher Zusatzbericht zu einem Haftpflichtschaden mit HWS-Beschwerden

Schadensnummer: _____

Name des Verletzten: _____
 geb. am: _____
 Beruf des Verletzten: _____

1.1 Erstuntersuchung/ Behandlungstag	am: _____ um (Uhrzeit): _____
1.2 Weiterbehandlung?	Behandlungszeitraum: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja durch: _____
1.3 Vorausgegangene Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: _____ durch: _____
2.1 Unfallgeschehen?	<input type="checkbox"/> Heckanprall <input type="checkbox"/> auf Hindernis aufgefahren <input type="checkbox"/> Seitenanstoß
2.2 War Verletzter Kfz-Insasse?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, als <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Beifahrer <input type="checkbox"/> Rücksitz links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Mitte
2.3 War der Sicherheitsgurt angelegt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> Körpergröße ca. _____ cm
3.1 Gurtverletzung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Position/Art: _____
3.2 Abschürfung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Position/Art/Umfang: _____
3.3 Prellmarke/Bluterguß	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja bei: _____
3.4 Benommenheit	<input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Bewußtlosigkeit
3.5 Pathologische Muskelspannung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____
3.6 HWS-Beweglichkeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, und zwar: _____
3.7 Neurologische Symptome?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____
4.1 Erste subjektive Beschwerden:	<input type="checkbox"/> unmittelbar nach dem Unfall <input type="checkbox"/> am 1. Tag <input type="checkbox"/> am 2. Tag <input type="checkbox"/> am 3. Tag
4.2 Art der Anfangsbeschwerden	
5. Durchgeführte Untersuchungen der HWS	Röntgen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: _____ CT? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: _____ Kernspin? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am: _____
5.1 Weitere Untersuchungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____
6.1 Befund:	
6.2 angegebene Beschwerden decken sich mit Befund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> fraglich
7. Diagnose	
8.1 Welche Behandlungsmaßnahmen führten Sie durch?	
8.2 Ist die Behandlung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8.3 Ambulante Behandlungstage (Datum)?	
8.4 stationäre Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von _____ bis _____
9.1 Haben Sie den Patienten krankgeschrieben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar für den Zeitraum: _____ Grund: _____
9.2 Konkrete Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit?	Ausgeübte Tätigkeit: zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____
10.1 Gibt es Anhaltspunkte für Vorschäden an der HWS?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____
10.2 Wurde deshalb schon früher von Ihnen behandelt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar am: _____
10.3. Haben diese Vorschäden Auswirkungen auf Art und Dauer der Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____
10.4 Haben diese Vorschäden Auswirkungen auf den Heilverlauf?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____
11. Wurde bereits von anderer Seite ein Bericht von Ihnen angefordert? Wenn ja: Bitte Name, Anschrift und Aktenzeichen:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar von: _____
12. Wer ist Kostenträger der unfallbedingten Heilbehandlung?	

Gebühr: _____ EUR	Geldinstitut: _____ BLZ/BIC: _____ KTO-NR./IBAN: _____ Kontoinhaber: _____	Stempel und Unterschrift des Arztes
--------------------------	---	--