

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	
In Folge der obigen Verletzungen ist eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit eingetreten (ärztliche Feststellung dem Grunde nach)	
<input type="radio"/> JA, der Dauerschaden ist dem Grunde nach bereits eingetreten <input type="radio"/> NEIN, es besteht keine dauernde unfallbedingte Beeinträchtigung <input type="radio"/> NOCH NICHT zu beurteilen, ob die Verletzungen zu einer dauernden Beeinträchtigung führen werden	
Folgende Körperteile / Organe bzw. Funktionen sind auf Dauer unfallbedingt beeinträchtigt (z.B. rechter Arm, linkes Auge etc.)	
Die dauernden Funktionsbeeinträchtigungen sind (z.B. eingeschränkte Drehbewegung, Kraftminderung etc.)	
Abschluss der ärztlichen Behandlung	
<input type="checkbox"/> ist bereits erfolgt <input type="checkbox"/> die Behandlung dauert noch an – bis voraussichtlich _____	
Eine zuverlässige Beurteilung des Umfangs des auf Dauer verbleibenden Invaliditätsgrades ist möglich	
<input type="checkbox"/> bereits jetzt <input type="checkbox"/> in ca. _____ Monaten	
Datum:	Stempel und Unterschrift des Arztes
Bitte fügen Sie uns, sofern vorhanden, Kopien der Behandlungs- und Befundberichte bei. Vielen Dank.	