

Bericht des behandelnden Arztes

Versicherungsnehmer	Verletzte Person

Diagnose

Wann hat der Verletzte erstmals ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?	Datum: Uhrzeit:
Stationär Behandlung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Dauer von-bis?	
In welchem Krankenhaus?	
Dauer des Krankenstandes?	
Ist diese Verletzung ausschließlich und unmittelbar durch den Unfall verursacht worden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Oder wirkten andere Umstände mit (z.B.: Krankheitszustände, frühere Verletzungen)?	

Ist eine bleibende Invalidität zu erwarten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ist eine endgültige Beurteilung der bleibenden Invalidität möglich?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Honorar EUR <small>(max. lt. Vereinbarung zw. Ärztekammer und Vers.Verband)</small>	
Bank/BLZ	
Kontonummer	

Ort, Datum

Unterschrift