

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom:  
Unser Zeichen:  
Ihr Ansprechpartner:  
Telefon:  
Fax:  
E-Mail:

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

## **Zweites Rentengutachten** **– Rente auf unbestimmte Zeit –**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
Sie erhalten das erbetene Gutachten.

1. **Klagen** des Versicherten:

2. **Allgemeinzustand** (kurze Schilderung mit Körpergröße und Gewicht):

...

Az.:           , Name:

3. **Befund der Verletzungsfolgen** (gründliche und vollständige Schilderung erforderlich):

**Zusammenfassung** der noch bestehenden **Unfallfolgen**:

Az.:           , Name:

4. **Vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderungen** (kurze, aber vollständige Aufzählung), auch Folgen anderer Unfälle, Arbeitsunfälle und Wehrdienstbeschädigungen:

5. Wird die **Erwerbsfähigkeit** durch die Unfallfolgen **jetzt noch wesentlich**, d. h. um wenigstens **10 %**, herabgesetzt? Wenn ja, um wie viel %, wenn die Erwerbsfähigkeit **vor** dem Unfall = 100 gesetzt wird?

Um            %.

6. Ist zu erwarten, dass die durch den Unfall geminderte Erwerbsfähigkeit sich bessern wird (z. B. durch Änderung des objektiven Befundes, durch Verringerung der Beschwerden, durch Anpassung und Gewöhnung an die Unfallfolgen, durch ein Heilverfahren, durch den Gebrauch von Hilfsmitteln)?

Az.: \_\_\_\_\_, Name: \_\_\_\_\_

Wenn ja: bis wann voraussichtlich?

7. Sind zur Wiederherstellung oder Besserung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten weitere ärztliche Maßnahmen erforderlich?  nein  ja

Welche Maßnahmen werden vorgeschlagen?

Für die Beschaffung, Erneuerung oder Änderung von Hilfsmitteln (wie orth. Schuhe, Plattfüßeinlagen usw.) werden folgende Vorschläge gemacht:

8. Kann nach Ihrer Meinung die Erwerbsfähigkeit des Versicherten durch geeignete Maßnahmen (z. B. Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz, Anlernung für eine andere Tätigkeit, Umschulung) wiederhergestellt oder gebessert werden?  nein  ja

Welcher Vorschlag wird ggf. gemacht?

9. Sonstige Bemerkungen:

Tag der Untersuchung:

Der Versicherte erschien um \_\_\_\_\_ Uhr, entlassen um \_\_\_\_\_ Uhr.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

**Institutionskennzeichen (IK)**

**Falls kein IK – Bankverbindung –**