

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

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

Rentengutachten – Nachprüfung MdE –

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**:

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

Az.: _____, Name: _____

5. Ist in den für die Höhe der Rente maßgebenden Verhältnissen eine **Änderung** gegenüber dem früheren Befund (Bl. _____ der Unterlagen) eingetreten, z. B. durch Änderung des objektiven Befundes, durch Verringerung der Beschwerden, durch den Gebrauch von Hilfsmitteln? Inwiefern? (Vollständige Schilderung auf Grund Vergleichs mit dem früheren Befund ist erforderlich, wobei auch die tatsächlichen Arbeitsleistungen, wie sie sich aus dem Bericht des Arbeitgebers (Bl. _____ der Unterlagen) ergeben, sinngemäß zu berücksichtigen sind; auch unerheblich erscheinende Abweichungen im Befund sind anzugeben.)
Eine Änderung ist nur wesentlich, wenn sich die durch die Unfallfolgen bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um mehr als 5 % ändert; bei Renten auf unbestimmte Zeit muss die Veränderung der MdE länger als 3 Monate andauern.

6. 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 _____ %

7. 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)?

Wenn ja: bis wann voraussichtlich?

8. 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:

Az.: _____, Name: _____

9. 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?

10. Sonstige Bemerkungen:

Tag der Untersuchung:

Der Versicherte erschien um _____ Uhr, entlassen um _____ Uhr.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK – Bankverbindung –