

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

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

Rentengutachten **– Rente nach Gesamtvergütung –**

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 **Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Verletzungsfolgen:**

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit ist unabhängig von der früheren Feststellung zu schätzen; ein Änderungsnachweis ist nicht erforderlich.

- 5.1 Wie hoch wird die Minderung der Erwerbsfähigkeit vom Tage nach Ablauf des Gesamtvergütungszeitraums bis zum Tage vor der Untersuchung geschätzt?

vom _____ bis _____ %

vom _____ bis _____ %

vom _____ bis _____ %

vom _____ bis _____ %

- 5.2 In welchem Ausmaß wird die Erwerbsfähigkeit des Versicherten vom Tage der Untersuchung an beeinträchtigt und wie lange wird diese Minderung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich noch bestehen?

vom _____ bis _____ %

- 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)?

Wenn ja: bis wann voraussichtlich?

Az.: _____, Name: _____

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

ja nein

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?

ja nein

Welcher Vorschlag wird ggf. gemacht?

9 Sonstige Bemerkungen:

Tag der Untersuchung:

Der Versicherte erschien um
Uhr.

Uhr, entlassen um

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK – Bankverbindung –