

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

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

Gutachten bei Abfindung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten das erbetene Gutachten.

A. Vorgeschichte

Bisherige Erkrankungen und Beschwerden nach Angaben des Antragstellers:

...

Az.: , Name:

B. Gegenwärtiger Zustand

- 1 Körpergröße: Körpergewicht (ohne Kleidung):
- 2 Bestehen körperliche Missbildungen, insbesondere des Brustkorbes oder der Wirbelsäule?

3 Untersuchungsbefunde

3.1 im Bereich des Kopfes oder Halses:

3.2 im Bereich der Brust, insbesondere des Herzens, des Kreislaufs, der Lunge oder des Rippenfells sowie der Gefäße:

EKG:

Blutdruckmessungen:

Pulsqualitäten:

Herz und Lunge auskultatorisch:

falls erforderlich, Röntgen- Thoraxübersicht:

Az.: , Name:

3.3 im Bereich des Bauches, insbesondere des Magens, des Darmes, der Leber, der Galle, der Nieren, der Harnwege, der Geschlechtsorgane, falls erforderlich mit Oberbauchsonographie:

3.4 Urinbefund:

Sediment:

Eiweiß:

Zucker:

3.5 Nüchtern - Laborbefunde:

gr. Blutbild

BSG:

SGOT

SGPT

Gamma-GT

Cholesterin

Triglyceride

Harnstoff u. Kreatinin i.

3.6 im Bereich von zentralen und peripheren Nerven:

Hirnnervenfunktionen:

Reflexe:

Az.: , Name:

3.7 Extremitäten:

3.8 Wirbelsäule:

4 Zurückgebliebene Folgen früherer Krankheiten:

5 Sonstige Gesundheitsstörungen:

6 Risikofaktoren (Suchtkrankheiten, Nikotin, Übergewicht u. Ä.):

C. Beurteilung

Die Lebenserwartung ist

normal

herabgesetzt

Angaben zum Grund und Zeitraum:

Falls zur Beurteilung weitere Untersuchungen und Begutachtungen erforderlich sind, bitten wir um Hinweise dazu.

Az.: , Name:

Tag der Untersuchung:

Der Versicherte erschien um Uhr, entlassen um Uhr.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Institutionskennzeichen (IK) Falls kein IK – Bankverbindung –
--