

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

Datum:

Name, Vorname:  
Aktenzeichen:

geb.:

## Erstes Rentengutachten

Auftrag vom

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten das erbetene Gutachten.

### A. Vorgeschichte

1. **Art der Verletzung** (gesicherte wissenschaftliche Diagnose des unfallbedingten Gesundheitserstschadens):

...

Az.: , Name:

2. **Entstehung der Verletzung.** Welche Angaben machte die/der Versicherte bei der **ersten** Inanspruchnahme des Arztes/der Ärztin über Ursache, Entstehung und Zeitpunkt der Verletzung?

Falls die/der Versicherte hierüber bei der **ersten** Inanspruchnahme **keine** Angaben gemacht hat: An welchem späteren Tage und aus welcher Veranlassung wurden diese gemacht? Wie lauteten sie?

3. **Befund**  
Wann fand die erste Behandlung statt und welcher Befund wurde hierbei erhoben?

4. **Bisherige Behandlung** (Art, Verlauf, etwaige Zwischenfälle):

von bis

Dauer der stationären Behandlung

Dauer der Immobilisation durch Schienen und Verbände

Dauer der Verwendung von Hilfsmitteln (z. B. Gehstützen, Orthese)

Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Die Behandlung ist **beendet** seit:

Az.: , Name:

## **B. Gegenwärtiger Zustand und Beurteilung**

1 **Klagen** der/des Versicherten:

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

3 **Befund** (gründliche und vollständige Schilderung erforderlich):

4 Stehen **Klagen** und **Befund** in **Übereinstimmung**?

5 Kurze Zusammenfassung der **wesentlichen** Unfallfolgen mit ihren **funktionellen** Einschränkungen:

Az.: , Name:

6 **Vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderungen** (kurze, aber vollständige Aufzählung), auch Folgen anderer Unfälle:

Wird oder wurde für solche Veränderungen Unfall- oder Versorgungsrente bezogen?  
Von welchen Stellen?

7 **Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch die unter Ziff. 5 genannten Unfallfolgen:**

7.1 Wie hoch wird die MdE vom Tage des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit bis zum Tage vor der Untersuchung geschätzt?

Wenn keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat, erfolgt die Einschätzung ab dem Tag nach dem Unfall.

Bei einer MdE von weniger als 10 % muss die Schätzung lauten „unter 10 %“.

vom	bis	%
vom	bis	%
vom	bis	%
vom	bis	%

7.2 In welchem Ausmaß wird die Erwerbsfähigkeit der/des Versicherten vom Tage der Untersuchung an beeinträchtigt und wie lange wird diese MdE voraussichtlich noch bestehen?

vom	bis	%
-----	-----	---

7.3 Wie hoch wird die MdE auf Grund ärztlicher Erfahrung nach Ablauf des Zeitraumes zu 7.2 längstens bis zur **Beendigung des dritten Jahres nach dem Unfall** geschätzt?

%

**C. Weitere medizinische Rehabilitation; berufliche und soziale Teilhabe**

1. Kann durch geeignete Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation der Gesundheitszustand der/des Versicherten weiter verbessert werden?

Nein  Ja

Welche Maßnahmen werden vorgeschlagen?

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

Für die Beschaffung, Erneuerung oder Änderung von Hilfsmitteln werden folgende Vorschläge gemacht:

2. Welche berufliche Tätigkeit übt die/der Versicherte derzeit aus?  
Bestehen wegen der Unfallfolgen Einschränkungen bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit, ggf. welche?
  
3. Gibt es Hinweise, dass unfallbedingt Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens benötigt wird?  
 Nein     Ja
  
4. Gibt es Hinweise, dass Hilfen zur Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erforderlich sind, ggf. welche und in welchem Bereich?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
5. Sonstige Bemerkungen

Tag der Untersuchung:

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des beauftragten Gutachters/  
der beauftragten Gutachterin

**Institutionskennzeichen (IK)**

Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –