|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | Ihr Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  | […] |
|  |  |  |  | Unser Zeichen: |  | […] |
|  |  |  |  | Ihre Ansprechperson: |  | […] |
|  |  |  |  | Telefon: |  | […] |
|  |  |  |  | Telefax: |  | […] |
|  |  |  |  | E-Mail: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Datum: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |

Name, Vorname: […] geb.: […]

Aktenzeichen: […]

**Zweites Rentengutachten**

**– Rente auf unbestimmte Zeit**

Auftrag vom […]

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten das erbetene Gutachten.

|  |
| --- |
| A. Vorgeschichte |
| 1. | Art der Verletzung (Diagnose des unfallbedingten Gesundheits**erst**schadens entsprechend den Grundlagen der ersten Rentenfeststellung): |
|  | […] |
| 2. | Krankheitsverlauf seit der ersten Rentenfeststellung: |
|  | […] |

Az.: […], Name: […]

|  |
| --- |
| B. Gegenwärtiger Zustand und Beurteilung |
| 1. | **Klagen** der versicherten Person: |
|  | […] |
| 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: |
|  | […] |
| 7. | Wie wird die **Minderung der** **Erwerbsfähigkeit** durch die unter Ziff. 5 genannten Unfallfolgen am Tag der Untersuchung eingeschätzt? Die Einschätzung hat unabhängig von früheren Feststellungen nur anhand der aktuellen **funktionellen** Einschränkungen zu erfolgen. |
|  | […] % |
| 8. | Ist zu erwarten, dass die durch den Unfall geminderte Erwerbsfähigkeit sich bessern/ verschlechtern wird (z. B. durch Änderung des objektiven funktionellen Befundes, durch Verringerung der Beschwerden, durch Anpassung und Gewöhnung an die Unfallfolgen, durch Heilverfahren)? |
|  | […] |
|  | Wenn ja, ab wann voraussichtlich? |
|  | […] |
| C. Weitere medizinischen Rehabilitation; berufliche und soziale Teilhabe |
| 1. | Kann durch geeignete Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation der Gesundheitszustand der versicherten Person weiter verbessert werden?[ ]  Nein [ ]  JaWelche Maßnahmen werden vorgeschlagen? |
|  | […] |

Az.: […], Name: […]

|  |  |
| --- | --- |
|  | Für die Beschaffung, Erneuerung oder Änderung von Hilfsmitteln werden folgende Vorschläge gemacht: |
|  | […] |
| 2. | Welche berufliche Tätigkeit übt die versicherte Person 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 Sozialen Teilhabe erforderlich sind, ggf. welche und in welchem Bereich? |
|  | […] |
| 5. | Sonstige Bemerkungen |
|  | […] |
| Tag der Untersuchung: […] |
| Die versicherte Person erschien um […] Uhr, entlassen um […] Uhr. |
|  |
| Das Gutachten wird nach persönlicher Begegnung mit der versicherten Person sowie eigener Prüfung und Urteilsbildung erstattet. |
|  |
| Ich möchte eine Rückmeldung zur Einschätzung der Qualität und Verwertbarkeit des Gutachtens.[ ]  Nein [ ]  Ja |
| […] |  |  |
| Ort, Datum |  | **Institutionskennzeichen (IK)** |
| […] |  | […]**Falls kein IK** - Bankverbindung (IBAN) - |
| Unterschrift der beauftragten Gutachterin/des beauftragten Gutachters |  |  |