

┌

┐

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

└

┘

Datum:

Name, Vorname:
Aktenzeichen:

geb.:

Rentengutachten
– Nachprüfung MdE
Auftrag vom

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten das erbetene Gutachten.

A. Vorgeschichte

1. Krankheitsverlauf seit der ersten Rentenfeststellung:

...

Az.: _____, Name: _____

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

7 **Änderungen in den Verhältnissen – Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)**

- 7.1 Ist in den für die Höhe der Rente maßgebenden funktionellen Verhältnissen eine Änderung gegenüber den maßgeblichen früheren Vergleichsbefunden (**siehe Gutachtenauftrag**) eingetreten?

Nein Ja

Wenn ja, worin besteht die Änderung, ist diese **wesentlich** und seit wann besteht sie (bitte konkreten Zeitpunkt angeben)? Bei einer gewährten Rente auf unbestimmte Zeit ist eine Änderung nur wesentlich, wenn sich die unfallbedingte MdE um mehr als 5 % ändert und länger als 3 Monate andauert.

- 7.2 Wie wird die MdE durch die unter Ziffer 5 genannten Unfallfolgen zum Zeitpunkt der Untersuchung eingeschätzt?

_____ %

- 7.3 Ist zu erwarten, dass die durch den Unfall geminderte Erwerbsfähigkeit sich bessern / verschlechtern wird?

Wenn ja, ab wann voraussichtlich?

C. Weitere medizinischen Rehabilitation; berufliche und soziale Teilhabe

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

Nein Ja

Welche Maßnahmen werden vorgeschlagen?

Az.: _____, Name: _____

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) –