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

Datum:

Name, Vorname: geb.:
Aktenzeichen:

Rentengutachten
– Rente nach Gesamtvergütung
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/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:

7. **Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Verletzungsfolgen:**
Die Minderung der Erwerbsfähigkeit ist unabhängig von der früheren Feststellung zu schätzen; ein Änderungsnachweis ist nicht erforderlich.

7.1 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 _____ _____ %

7.2 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 _____ _____ %

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 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) -