

Erkrankung , geb.
– Anschrift: , Tel.:

Sehr geehrte , *drop-down: ~ Sehr geehrte / ~ Sehr geehrter Herr / ~ Sehr geehrte Frau*

bitte untersuchen Sie den Versicherten *drop-down: ~ den Versicherten / ~ die Versicherte / ~ die Witwe / ~ den Witwer* und erstatten Sie uns ein Gutachten in einfacher Ausfertigung auf der Grundlage des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger.

1.1 A 4550 Gutachten Abfindung

1.2 A 5512 Gutachten erhöhte Witwen-/Witwerrente

1.3 A 8200-2301 Gutachten BK 2301

Bitte berücksichtigen Sie die Empfehlung für die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit (Königsteiner Empfehlung, DGUV 2012). Die Königsteiner Empfehlung können Sie im Internet über die Publikationsdatenbank der DGUV anfordern oder dort als PDF herunterladen: http://publikationen.dguv.de/dguv/udt_dguv_main.aspx?FDOCUID=25816.
Richten Sie den Untersuchungstermin bitte so ein, dass eine ausreichende Lärmpause (z. B. Montagvormittag, aber keinesfalls unter 14 Stunden) gewährleistet ist.

Vorlagen der Gutachten können Sie sich aus dem Internet (<http://www.dguv.de/formtexte>) laden.

- 2 Aus unserer Sicht ist eine Zusatzbegutachtung auf Gebiet erforderlich. Das *drop-down: ~ Das / ~ Die* Zusatzgutachten haben wir gemäß Gutachterausswahl des Versicherten *drop-down: ~ des Versicherten / ~ der Versicherten / ~ der Witwe / ~ des Witwers* (§ 200 Abs. 2 SGB VII) bei Dr. in Auftrag gegeben.
- 3 Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung, wenn eine Zusatzbegutachtung erforderlich ist oder das Gutachten nur nach mehrtägiger Beobachtung erstattet werden kann.
- 4 Wenn Sie eine Zusatzbegutachtung für erforderlich halten, kann diese für unsere Rechnung veranlasst werden. Bitte wählen Sie die Zusatzgutachterin oder den Zusatzgutachter im Einvernehmen mit dem Versicherten *drop-down: ~ dem Versicherten / ~ der Versicherten / ~ dem Witwer / ~ der Witwe* aus und teilen Sie uns die Gutachterin oder den Gutachter mit.

...

Az.: _____, Name: _____

- 5 Kann das Gutachten nur unter stationärer Beobachtung erstattet werden, übernehmen wir die entstehenden Kosten.
- 6 Gebühren und Auslagen erhalten Sie nach dem Vertrag Ärzte/UV-Träger.
- 7 Gebühren und Auslagen erhalten Sie nach Nummer _____ UV-GOÄ.
- 8

Bitte teilen Sie uns auf der beiliegenden Rückinformation mit, wann Sie die Untersuchung durchführen.

Benachrichtigen Sie uns bitte, wenn der Versicherte *drop-down: ~ der Versicherte / ~ die Versicherte / ~ die Witwe / ~ der Witwer* den Untersuchungstermin verschiebt, nicht wahrnimmt oder Sie das Gutachten aus anderen Gründen nicht innerhalb von drei Wochen erstatten können.

Die Erhebung eines Röntgenbefundes ist kein Zusatzgutachten nach dem Vertrag Ärzte/UV-Träger und mit der Gutachtengebühr abgegolten.

Sofern Sie bei der Erstattung des Gutachtens einen anderen Arzt *drop-down: ~ anderen Arzt / ~ andere Ärztin* als Hilfskraft hinzuziehen, versehen Sie bitte das Gutachten mit dem Vermerk „Einverstanden aufgrund eigener Prüfung und Urteilsbildung“. Nur durch diesen Hinweis bringen Sie zum Ausdruck, dass Sie die volle Verantwortung für das Gutachten übernehmen.

Die Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten und Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse unterliegen dem Sozialdatenschutz. Sie dürfen diese Daten nur zu dem Zweck verwenden, zu dem wir sie übermittelt haben. Ferner sind Sie verpflichtet das Sozialgeheimnis zu wahren und die Daten nicht Unbefugten zu übermitteln.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage

- Einladungsschreiben (V 9908)
- Aktenauszug (Bl. _____)
- Röntgenaufnahmen

Zurück an
Adresse UV-Träger

Az.:

Name:

Ihr Gutachtauftrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Unterlagen zur Durchführung der Begutachtung habe ich erhalten.

Die Untersuchung erfolgt am _____ .

(Datum)

(Unterschrift)