GREGOR SAMIMI
RECHTSANWALTSKANZLEI

Antwort
Herrn Rechtsanwalt
Gregor Samimi
Hortensienstraße 29
12203 Berlin

Fax (030) 886 01 51
kanzlei@ra-samimi.de

An die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt

Der Mandant/ die Mandantin hat mich mit der Bearbeitung seines gegenständlichen Anliegens beauftragt und die beigefügte Einwilligungs- und Schweigepflicht-Entbindungserklärung unterzeichnet. Namens und im Auftrag des Mandanten/der Mandantin bitte und beauftrage ich Sie den nachfolgenden Befundbericht zu fertigen. **Der Ausgleich der Liquidation erfolgt unmittelbar nach Eingang des ärztlichen Befundbereiches.** Vielen Dank für Ihr zeitnahes Mitwirken im Voraus!

Dieses Formular können Sie bequem am PC durch einen Klick in das Formularfeld ausfüllen. Danach einfach ausdrucken, unterschreiben und per Post, Fax oder E-Mail an uns übersenden.

Freundliche Grüße
Rechtsanwalt Gregor Samimi

Ärztlicher Befundbericht

Herr / Frau / Firma (Vornamen und Namen / Bezeichnung der Firma - nachfolgend „Patient")

Namen des Gegners oder der Behörde sowie das Aktenzeichen

wegen (Gegenstand des Auftrages)

Schadenstag
Wer behandelte den Verletzten von Ihnen?
Wann hat sich der Patient bei Ihnen vorgestellt (Datum und Uhrzeit)?
Was hat der Patient zu den Verletzungsursachen mitgeteilt?

GREGOR SAMIMI
RECHTSANWALTSKANZLEI

Welchen Befund stellten Sie bei der Erstuntersuchung fest? Wie lauten die wissenschaftlichen Diagnosen in der Reihenfolge der med. Bedeutung und an welchen Tagen wurde der Patient mit welchem Befund untersucht?

Beschwerden und Funktionseinschränkungen:

Ist der Patient den Behandlungsmaßnahmen regelmäßig nachgekommen?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Wie war der Heilungsverlauf?

Wurde der Patient stationär behandelt? Bitte geben Sie ggf. die Zeiträume an.

☐ **Nein** ☐ **Ja,**

An welchen Tagen haben Sie den Patienten ambulant behandelt und zuletzt gesehen?

Welche weiteren Heilmaßnahmen sind ggf. noch erforderlich?

Welche berufliche Tätigkeit übte der Patient vor dem Unfall aus und kann er ihn wieder ausüben?

Bisherige und derzeitige Behandlungsmaßnahmen, Untersuchungen:

Medikation

Röntgen ☐ **Nein** ☐ **Ja,** am

Computertomographie ☐ **Nein** ☐ **Ja,** am

Kernspintomographie ☐ **Nein** ☐ **Ja,** am

Ergebnis/Befund:

GREGOR SAMIMI
RECHTSANWALTSKANZLEI

Bescheinigte Arbeitsunfähigkeitszeiträume:

☐ Ja ☐ Nein

vom _____ bis zum _____

vom _____ bis zum _____

vom _____ bis zum _____

vom _____ bis zum _____

vom _____ bis zum _____

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in % und in zeitlicher Abstufung (bitte auch bei Rentnern und Hausfrauen angeben)

☐ Ja ☐ Nein

Zu _____ % vom _____ bis zum _____

Zu _____ % vom _____ bis zum _____

Zu _____ % vom _____ bis zum _____

Zu _____ % vom _____ bis zum _____

Zu _____ % vom _____ bis zum _____

Ist der Patient unfallbedingt in der Haushaltsführung eingeschränkt (Kochen, Reinigung der Wohnung, Versorgung der Angehörigen/des Gartens/der Haustiere etc.)?

☐ Ja ☐ Nein

Zu _____ % vom _____ bis zum _____

Zu _____ % vom _____ bis zum _____

Zu _____ % vom _____ bis zum _____

Zu _____ % vom _____ bis zum _____

Zu _____ % vom _____ bis zum _____

Hilfebedarf ☐ Ja ☐ Nein

selbständig

☐ Ja ☐ Nein

teilweise selbstständig

☐ Ja ☐ Nein

Vollständige Unterstützung

☐ Ja ☐ Nein

Mobilität

☐ Ja ☐ Nein

- An-/Auskleiden

☐ Ja ☐ Nein

- Aufstehen / Zu Bett gehen

☐ Ja ☐ Nein

- Gehen ☐ Ja ☐ Nein

Ernährung ☐ Ja ☐ Nein

- Mundgerechte Zubereitung

☐ Ja ☐ Nein

- Nahrungsaufnahme oral

☐ Ja ☐ Nein

- Sondenernährung

☐ Ja ☐ Nein

Körperpflege ☐ Ja ☐ Nein

- Waschen ☐ Ja ☐ Nein
- Duschen ☐ Ja ☐ Nein
- Baden ☐ Ja ☐ Nein
- Zahn-/Prothesen-/Mundpflege ☐ Ja ☐ Nein
- Kämmen ☐ Ja ☐ Nein
- Rasieren ☐ Ja ☐ Nein
- Blasenentleerung ☐ Ja ☐ Nein
- Stuhlgang ☐ Ja ☐ Nein

Besteht Reisefähigkeit für öffentlichen Verkehrsmittel oder privaten Pkw? ☐ Ja ☐ Nein

GREGOR SAMIMI
RECHTSANWALTSKANZLEI

Durch wen, wann und wo fand eine stationäre Behandlung statt?
Ist die Behandlung bei Ihnen abgeschlossen? Welche Behandlung ist noch geplant oder absehbar (z.B. Materialentfernung)?
Wann ist ggf. damit zu rechnen?
Besonders wichtige Frage! Besteht die bloße **Möglichkeit** von unfallbedingten **Spätfolgen oder eines Dauerschadens**? ☐ **Ja** ☐ **Nein** Worin könnten diese ggf. bestehen? Wann ist eine Einschätzung voraussichtlich möglich?
Wer ist Kostenträger der Heilbehandlung?
Wurde der Patient an einen Kollegen/eine Kollegin überwiesen? ☐ **Ja** ☐ **Nein** Wie lauten der Namen und die Anschrift?
Raum für ärztliche Anmerkungen und Hinweise:
Sind Sie mit der Aushändigung des Berichts an den Patienten, den Versicherer, Behörden und Gerichte einverstanden? ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Liquidation nach GOÄ/GOZ	…….. EURO
Zahlung an	
Vornamen und Nachnamen	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Name der Bank	
IBAN und BIC	
Kontoinhaber:	

Datum, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes: ▸