

DR. NORBERT VOIGTSBERGER
 JÖRN RIEDENKLAU ¹⁾
 MARCO HORN ⁴⁾
 OLIVER DIEWALD ¹⁾
 DENISE GESSNER ⁹⁾
 DIPL.-JUR. MARCO VOIGT

99817 EISENACH
 Karlsplatz 6
 Tel.: 03691 204830
 Fax: 03691 75350

Internet: www.voigtsberger-riedenklaue.de
 E-Mail: kanzlei@voigtsberger-riedenklaue.de

BIELEFELD

DR. ARNOLD RIEDENKLAU ^{2) 3)}
 PROF. DR. WOLFGANG SCHLÜTER ⁴⁾
 ARNOLD RIEDENKLAU · NOTAR ⁵⁾
 CHRISTINE HORKE-MAI
 DR. HARALD SCHLÜTER · MLE ^{4) 6) 8)}
 SILKE WENDKER ⁷⁾
 DR. DR. HERMANN MEYER ZU BARGHOLZ i. R.
 in Bürogemeinschaft
 GERD MENSENDIEK ⁹⁾

BÜNDE

DR. JÖRG SCHLÜTER
 WOLFGANG MEIER · NOTAR
 JOCHEN STÖRMER
 DR. ILKKA-PETER AHLBORN LL. M.

¹⁾ auch Fachanwalt für Arbeitsrecht
²⁾ auch Fachanwalt für Erbrecht
³⁾ auch Fachanwalt für Agrarrecht
⁴⁾ auch Fachanwalt für Steuerrecht
⁵⁾ auch Fachanwalt für Verwaltungsrecht
⁶⁾ auch Fachanwalt für Handels- und Gesellschaftsrecht
⁷⁾ auch Fachanwalt für Familienrecht
⁸⁾ auch Fachanwalt für Insolvenzrecht
⁹⁾ auch Fachanwalt für Sozialrecht

Ärztlicher Bericht:

behandelte Person:

geb. am:

unser Az.:

| | |
|---|---|
| 1. Tag und Uhrzeit der ersten Behandlung ? | |
| 2.1 Angaben des Verletzten zum Unfallhergang: | |
| 2.2 War der Sicherheitsgurt angelegt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 2.3 Wurde ein Sturzhelm getragen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 3.1 Welcher objektive Befund wird vom behandelnden Arzt erhoben? | |
| 3.2 Konnten Gurtspuren festgestellt werden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 3.3 Lag zum Unfallzeitpunkt Alkohol- oder Rauschmittelgenuss vor? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| 4. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt? | Roentgen? <input type="checkbox"/> Ja, am <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> CT? <input type="checkbox"/> Ja, am <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Kernspin? <input type="checkbox"/> Ja, am <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Wie lautet die Diagnose? | |

| | |
|--|---|
| 6.1 Fand eine stationäre Behandlung statt? | <input type="checkbox"/> Ja, von bis <input type="checkbox"/> Nein |
| 6.2 In welchem Krankenhaus? | |
| 6.3 An welche Ärzte erfolgte eine Überweisung? Ggf. weshalb nicht? | |
| 7.1 War der Verletzte zum Unfallzeitpunkt voll arbeitsfähig? Ggf. weshalb nicht? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil: |
| 7.2 Haben beim Verletzten Krankheiten, Gebrechen oder Folgen von Verletzungen, die mit diesem Unfallereignis nicht im Zusammenhang stehen, den unfallbedingten Heilverlauf bzw. die Erwerbsfähigkeit beeinflusst, und ggf. in welchem Maße? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar |
| 8.1 Die letzte Untersuchungen wegen der Unfallfolgen fand statt am: | |
| 8.2 Wie lautet der aktuelle Befund? | |
| 9.1 Der Verletzte war arbeitsunfähig | von bis |
| 9.2 Ist die Behandlung abgeschlossen? Wenn nein, voraussichtliche Dauer: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, voraussichtlich noch bis |
| 9.3 Werden voraussichtlich Dauerfolgen des Unfalles zurückbleiben? Wenn ja, worin bestehen diese? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar |
| 10. Wurde bereits von anderer Seite ein Bericht von Ihnen angefordert? Wenn ja: Bitte Name, Anschrift und Aktenzeichen: | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar von |
| 11. Wer ist Kostenträger der unfallbedingten Heilbehandlung? | |
| 12. Besondere Anmerkungen (z.B. Aggravation): | |

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes