

# SCHLÜTER

Überörtliche Anwaltssozietät

RAe VOIGTSBERGER · RIEDENKLAU · 99817 EISENACH

DR. NORBERT VOIGTSBERGER i. R.  
 JÖRN RIEDENKLAU 1)  
 MARCO HORN 4) 7)  
 BURKHARD WEINBACH 9) \*)  
 OLIVER DIEWALD 1)  
 CONSTANCE APEL 9)  
 LENA MARTIN  
 LAURA REYER  
 DIPL.-JUR. MARCO VOIGT

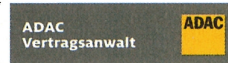
**99817 EISENACH**  
 Karlsplatz 6  
 Tel: 03691 204830  
 Fax: 03691 75350

Internet: [www.voigtsberger-riedenklaue.de](http://www.voigtsberger-riedenklaue.de)  
 E-Mail: [kanzlei@voigtsberger-riedenklaue.de](mailto:kanzlei@voigtsberger-riedenklaue.de)

**BIELEFELD**  
 DR. ARNOLD RIEDENKLAU 2) 3) †  
 PROF. DR. WOLFGANG SCHLÜTER †  
 ARNOLD RIEDENKLAU · NOTAR 5)  
 CHRISTINE HORKE-MAI  
 DR. HARALD SCHLÜTER · NOTAR · MLE 4) 6)  
 DANIEL FREY  
 LISA RIEDENKLAU

in Bürogemeinschaft  
 GERD MENSENDIECK 8)

- 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 Strafrecht
- 8) auch Fachanwalt für Insolvenzrecht
- 9) auch Fachanwalt für Verkehrsrecht



Ärztlicher Bericht:              behandelte Person:                              geb. am:                              unser Az.:

1. Tag und Uhrzeit der ersten Behandlung ?	
2.1 Angaben des Verletzten zum Unfallhergang:	DR. NORBERT VOIGTSBERGER <b>99817 EISENACVH</b>
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?                                      CT?                                      Kernspin? <input type="checkbox"/> Ja, am <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am <input type="checkbox"/> Nein
5. Wie lautet die Diagnose?	
6.1 Fand eine stationäre	<input type="checkbox"/> Ja, von                                      bis <input type="checkbox"/> Nein

Behandlung statt?	
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 <b>nicht im Zusammenhang</b> 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