



Bitte zurück an:

Württembergische Versicherung AG
70163 Stuttgart

Ärztlicher Ergänzungsbericht

Verletzte Person:

– Name, Vorname

Schaden-Nr.:

Geburtsdatum:

1. Unfalltag:	
2. Wann haben Sie die verletzte Person zuletzt untersucht?	
3. Bitte beschreiben Sie den bisherigen Heilverlauf:	
4. Teilen Sie uns bitte den zuletzt erhobenen objektiven Befund mit, einschließlich radiologischer Befund (Röntgen, CT, MRT):	
5. Fand inzwischen eine weitere stationäre Behandlung statt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Dauer: vom _____ bis _____ Grund: _____ _____ Adresse: _____ _____



6. Liegen Abweichungen vom normalen Heilungsverlauf vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch unfallbedingte Komplikationen: <hr/> <hr/> Verhalten der verletzten Person (Aggravation/Simulation/ Kooperation): <hr/> <hr/> unfallunabhängige Erkrankungen: <hr/> <hr/>
7.1 Ist die unfallbedingte Behandlung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> nein, voraussichtlich noch _____ <input type="checkbox"/> ja, am _____
7.2 Welche unfallbedingten Heilmaßnahmen sind noch erforderlich?	
8. Die verletzte Person arbeitet wieder seit: Beruf?	
9. Schätzen Sie bitte die bisherige und gegenwärtige MdE unter Berücksichtigung der Tätigkeit der verletzten Person ein:	zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____ zu _____ % vom _____ bis _____
10. Bleiben voraussichtlich Dauerfolgen des Unfalls zurück?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: <hr/> <hr/> <hr/>
11. Haben Sie bereits weitere unfallbedingte Attest-Anfragen erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von (Name, Adresse, Aktenzeichen): <hr/> <hr/> <hr/>

Bitte vermerken Sie hier das Honorar gemäß GOÄ für Ihre Bemühungen:

Honorar	IBAN
Euro	
Kontoinhaber	

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes