



Ärztlicher Bericht (bitte ausfüllen)

Vordruck senden an jan.wego@ra-wego.de oder an **Rechtsanwalt Jan Wego, Hauptstraße 19, 06308 Benndorf**

Geschädigte/Geschädigter (Anspruchsteller) – Stammdaten

Name, Vorname			
Anschrift (Straße, Hausnr.)		(PLZ, Ort)	
Geburtsdatum		Beruf	

Angaben zum Personenschaden

1. Wann hat die/der Verletzte den Unfall erlitten? (Datum Uhrzeit)

2. Welche Angaben sind Ihnen zum Unfallhergang gemacht worden?

3. Wann ist der/die Verletzte wegen des Unfalls in Ihre Behandlung getreten?

4. Welche subjektiven Angaben über die Beschwerden machte der/die Verletzte?

5. Welcher Befund haben Sie festgestellt?



6. Wie lautet die wissenschaftliche Diagnose der Unfallfolgen?

7. Welche diagnostischen Hilfsmittel wurden zur Sicherung der Diagnose angewandt?

8. Welche Maßnahmen wurden zur Behandlung der Unfallfolgen getroffen?

9. Wenn der/die Verletzte wiederhergestellt ist:

a) Seit wann?

b) Wie hoch ist die prozentuale Erwerbsminderung seit dem Unfalltag unter Berücksichtigung des ausgeübten Berufs?

vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%

10. Wenn der/die Verletzte noch nicht wiederhergestellt ist:

a) Wie verläuft der Heilungsprozess der Unfallfolgen?

b) Wie hoch ist die prozentuale Erwerbsminderung seit dem Unfalltag unter Berücksichtigung des ausgeübten Berufs?

vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%



Hilfe beim Verkehrsunfall

ANWALTSKANZLEI

c) Ist die vollständige Wiederherstellung zu erwarten? Wenn ja, bis wann?

d) Oder ist mit dauernden Unfallfolgen zu rechnen? Wenn ja, inwiefern?

11. War der/die Verletzte in der Haushaltsführung eingeschränkt? Falls ja. Wann und wie stark?

vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%

12. Sonstige Hinweise und Anmerkungen aus ärztlicher Sicht

Name und Adresse des behandelnden Arztes:

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift
