



**FRAGEBOGEN
zur Aufklärung von Beschwerden nach Verkehrsunfall**

| | |
|--------------------|--------------|
| Name des Patienten | Geburtsdatum |
| Anschrift | Beruf |

1. Was berichtete Ihnen der Patient über die Entstehung der Verletzung(en)?

2. Liegt ein Arbeits-/Wegeunfall vor? _ ja _ nein
War der Patient angeschnallt? _ ja _ nein
Trug der Patient einen Helm? _ ja _ nein

3. Wann begann die Behandlung bei Ihnen, wann fanden weitere Untersuchungen/Behandlungen statt und wann erfolgte die bisher letzte B/U?

4. An welche Ärzte erfolgte eine Überweisung? Ggf. Name und Anschrift:

5. In welchen Zeiträumen war die stationäre Behandlung erforderlich und wo?

von _____ bis _____ in _____
von _____ bis _____ in _____

6. Ist die Behandlung abgeschlossen? ja nein, vorauss. Dauer _____

7. Wie lautet die Diagnose?

8. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

Röntgen nein ja, am _____

CT nein ja, am _____

Kernspin nein ja, am _____

9. Welche Heil- und/oder Hilfsmittel wurden verordnet?

10. Wie war der bisherige Heilverlauf?

11. Unter welchen Schmerzen, Beschwerden, Bewegungseinschränkungen hatte bzw. hat der Patient zu leiden? Bitte geben Sie eine ganzheitliche Darstellung dieser subjektiven Beeinträchtigungen und ihrer Entwicklung während des Heilungsverlaufes an.

12. Wie ist der heutige Zustand des Patienten?

13. Haben Sie den Patienten schon früher behandelt?

nein

ja, wann und weshalb? _____

14. Bestehen beim Verletzten Krankheiten, Gebrechen oder Folgen von Verletzungen, die mit diesem Unfallereignis nicht im Zusammenhang stehen und inwieweit wurde dadurch der unfallbedingte Heilverlauf bzw. die Erwerbstätigkeit beeinflusst?

nein

ja, und zwar _____

15. Werden voraussichtlich Dauerfolgen des Unfalls zurückbleiben?

nein

ja – Worin bestehen diese? _____

16. Besteht die Gefahr des Auftretens von Spätfolgen? Wenn ja, welcher Art könnten sie sein und wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit des Eintretens dieser Folgen einzuschätzen?

17. In welchem Maße ist bzw. wäre (z.B. Rentner, Schüler) der Patient unfallbedingt arbeitsunfähig gewesen bzw. wird es in Zukunft sein?

von _____ bis _____ zu _____ %

von _____ bis _____ zu _____ %

von _____ bis _____ zu _____ %

von _____ bis _____ zu _____ %

18. Wie hoch war die MdE vor dem Unfall? _____

19. Ist der Patient bettlägerig? ja nein

Kann er ausgehen? ja nein

Kann er schriftliche Arbeiten verrichten? ja nein

Kann er in einem Betrieb Aufsicht führen? ja nein

Kann er wieder mitarbeiten? ja nein

20. Wer ist Kostenträger der unfallbedingten Heilbehandlung?

21. Wurde bereits von anderer Seite ein Bericht von Ihnen gefordert?
Wenn ja: Geben Sie bitte den Namen, die Anschrift und das Aktenzeichen an:

22. Bemerkungen:

| | | |
|--|--------------|-------------|
| Gebühr für diesen Bericht _____ EUR | BLZ | Kontonummer |
| Kontoinhaber | Geldinstitut | |

Ort

Datum

Stempel/Unterschrift Arzt