

Bernd E. Fuchs

Rechtsanwalt

Fachanwalt für Familienrecht

Fachanwalt für Verkehrsrecht

55606 Kirn

Binger Landstr.35a

Tel.: 06752/94094

Fax: 06752/94096

Rechtsanwalt Bernd E. Fuchs* Binger Landstr.35a * 55606 Kirn

e-mail: info@ra-fuchs.net

internet: www.ra-fuchs.net

Datum:

Bitte stets angeben:

Akten-Nr.:

Mandant/in u. Patient/in:

Verkehrsunfall:

Sehr geehrter Herr
sehr geehrte Damen und Herren,

der Patient/die Patientin, welcher/welche mich mit der Vertretung seiner /ihrer Interessen beauftragt hat, wurde nach einem Verkehrsunfall von Ihnen behandelt.

Erstatten Sie bitte einen ärztlichen Bericht , falls möglich auf dem anliegenden Vordruck. Eine auf Sie bezogene Erklärung meines/meiner Mandanten/Mandantin über die Befreiung von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht ist beigefügt.

Die Auskunft wird zur Bezifferung des Schmerzensgeldes und ggfs. eines Haushaltsführungsschadens benötigt.

Für die Kosten Ihres Berichts werde ich in Vorlage gehen und umgehend an Sie zahlen.

Im voraus besten Dank für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen

Rechtsanwalt

Vordruck Arztbericht

1. Name des Patienten:

2. Anschrift des Patienten:

Geburtsdatum:.....

berufliche Tätigkeit

3. Wann war der Verletzte in Behandlung ?

wegen Unfall vom.....Uhr.....in(Ort).....

4. Was ist Ihnen über die Entstehung der Verletzung bekannt ?

.....

5. Welchen Befund stellten Sie bei der ersten Untersuchung des Verletzten fest ?.....

.....

.....

6. Kurzgefaßte Diagnose in der medizinischen Fachsprache:.....

.....

.....

7. Welche speziellen Untersuchungen wurden durchgeführt ?

.....

Röntgenaufnahme () ja, am() nein

Computertomographie () ja, am.....() nein

Kernspintomographie () ja, am() nein

Ergebnis / Befund:

.....

.....

8. Welche Behandlungsmaßnahmen wurden veranlaßt ?

.....

.....

9. Ist der Patient der Behandlung regelmäßig nachgekommen ?

ja nein

10. Wie war der Heilungsverlauf ?

.....
.....

11. Wann haben Sie den Patienten in Ihrer Praxis zuletzt gesehen ?

.....

12. Ist die Behandlung schon abgeschlossen, evtl. wann ?

.....

13. Oder muß sie noch fortgesetzt werden, wie und wie lange ?

.....

14. Dauer der stationären Behandlung vom..... bis.....

 Dauer der ambulanten Behandlung vom..... bis.....

15. Arbeitsunfähigkeit vom..... bis..... %

 vom..... bis..... %

16. Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch den Unfall:

 zu.....% vom..... bis.....

 zu.....% vom..... bis.....

 zu.....% vom..... bis.....

17. Ist der Patient wieder in der Lage, seiner Beschäftigung voll nachzugehen ?

ja, seit dem.....(nein, weil

.....

18. Ist ein Dauerschaden möglich ?

ja, weil

nein

19. Wie hoch schätzen Sie die dauernde Beeinträchtigung ?

20. Inwieweit besteht eine Einschränkung bei der Tätigkeit im häuslichen Umfeld ?

.....
.....

21. Können insbesondere schwere Haushaltstätigkeiten wie Putzen, Wäsche aufhängen, Fensterputzen, Gartenarbeit durchgeführt werden ?

- ja
- nein, weil.....

22. Kann der Verletzte alleine ausgehen oder bedarf er fremder Hilfe?

.....

ggfs. seit wann ?

23. Spätfolgen

Welche gesundheitlichen Folgeschäden (Spätfolgen) sind vorhersehbar ,obgleich sie sich zum heutigen Zeitpunkt noch nicht realisiert haben ?wie etwa Auftreten von Arthrose

.....
.....
.....

24. Sonstige Bemerkungen:.....

.....
.....

Ihre Liquidation für diesen Bericht :.....EUR

IBAN..... BIC.....

Kontoinhaber:.....

Ort, Datum..... Unterschrift des Arztes/der Ärztin:

Bitte Bericht zurück an: Rechtsanwalt Bernd E. Fuchs, 55606 Kirn , Binger Landstr. 35a

