

VERMERKE DES BEHANDELNDEN ARZTES

DIAGNOSE

Bitte beantworten Sie die Fragen ausführlich! Zutreffendes bitte ankreuzen.

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung

GESUNDHEITLICHE BEHINDERUNG VOR DEM UNFALL

War der Verletzte vor dem Unfall bereits gesundheitlich behindert?
(z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsminderung von Gliedmaßen, vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden usw.)

URSACHE DER VERLETZUNG

Entstand die Verletzung eindeutig durch den Unfall?

ja nein

Andere Ursachen (z.B. vorhandene Krankheiten)

Wurden dadurch die Unfallfolgen verschlimmert?

ja nein

In welchem Ausmaß?

UNFALLFOLGEN

Sind Unfallfolgen zu erwarten bzw. bereits eingetreten?

ja nein

Welche?

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?

ja nein

Welche?

KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Name und Anschrift des Krankenhauses

Art der Behandlung

ambulant

stationär

von

bis

BERUFSBEHINDERUNG

Darf der Verletzte das Zimmer verlassen?

ja nein

Haben Sie dem Verletzten Bettruhe verordnet?

ja nein

Wie lange müssen diese Anordnungen befolgt werden?

Ist der Verletzte aufgrund des Unfalls in seiner Beschäftigung behindert?

vollkommen wie lange?

teilweise wie lange?

(z.B. Erteilung von Anordnungen; Beaufsichtigungen im Beruf)

ERSTE ÄRZTLICHE HILFE UND WEITERE ÄRZTLICHE BEHANDLUNGEN

Wann ist die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?

Datum

Uhrzeit

Wer hat sie geleistet?

Durch wen wurden weitere ärztliche Behandlungen durchgeführt?

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes