

ÄRZTLICHE FESTSTELLUNG

einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit
als Unfallfolge (**Invalidität**)

Schadensnummer:	Namen des Verletzten:
Unfall-/ Schadentag:	Geburtsdatum:
Der oben genannte Patient erlitt einen Unfall mit folgenden Verletzungen	
Die folgende Frage bezieht sich auf die Feststellung einer Invalidität <u>dem Grunde nach</u>. Es ist keine Beurteilung zur Höhe der Invalidität erforderlich.	
In Folge der obigen Verletzungen ist eine dauernde Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit eingetreten (ärztliche Feststellung dem Grunde nach)	
<input type="radio"/> JA, der Dauerschaden ist dem Grunde nach bereits eingetreten <input type="radio"/> NEIN, es besteht keine dauernde unfallbedingte Beeinträchtigung	
Folgende Körperteile / Organe bzw. Funktionen sind auf Dauer unfallbedingt beeinträchtigt (z.B. rechter Arm, linkes Auge etc.)	
Die dauernden Funktionsbeeinträchtigungen sind (z.B. eingeschränkte Drehbewegung, Kraftminderung etc.)	
Abschluss der ärztlichen Behandlung	
[] ist bereits erfolgt [] die Behandlung dauert noch an – bis voraussichtlich _____	
Eine zuverlässige Beurteilung des Umfanges des auf Dauer verbleibenden Invaliditätsgrades ist möglich	
[] bereits jetzt [] in ca. _____ Monaten	
Datum:	Stempel und Unterschrift des Arztes