

# Schlussbericht des behandelnden Arztes

Über Herrn/Frau:

Unfall vom:

Pol.Nr./Schadennr.:

FRAGEN	ANTWORTEN
1. a) Beginn der Behandlung  b) Diagnose	a)  b)
2. Welche Behandlungen wurden durchgeführt?	
3. Stand der Verletzte in regelmässiger Behandlung und hat er die ärztlichen Weisungen befolgt?	
4. Wann wurde die Behandlung abgeschlossen?	
5. Hat der Unfall weitere Folgen gehabt als die im Anfangsbericht beschriebenen Verletzungen?  Wenn ja, welche?	
6. a) Ist die Verletzung zweifellos unmittelbar und ausschliesslich durch den Unfall verursacht?  b) Welche Krankheiten oder Gebrechen haben noch mitgewirkt (vorbestehende Invalidität, körperliche oder geistige Gebrechen, Krankheiten, z.B. Bruch, Krampfadern, Geschwüre; Fehlen od. Steifheit von Körperteilen, Verminderung des Sehvermögens, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Rückenmarksleiden, Tuberkulose, Diabetes u. dgl.)?  c) Zu wieviel Prozent besteht dieser Anteil?	a)  b)  c)
7. a) Ist mit einer auf Lebensdauer bestehenbleibenden Invalidität zu rechnen? Wenn ja, in welchem Ausmass?  b) Ist noch mit einer Änderung des derzeitigen Zustandsbefundes zu rechnen? Wenn ja, mit welcher, und für wann empfehlen Sie eine Nachuntersuchung zur endgültigen Feststellung der auf Lebensdauer bestehenbleibenden Invalidität?	a)  b)

<p>8.) Ausführlicher Befund der Verletzungsfolgen:</p> <p>a) Angabe über die Funktionsunfähigkeit der Sinnesorgane (bei Verletzung der Augen bitte Visusangabe, bei Schädigung des Gehörs ev. Audiometriebefund) mit Vergleichswerten der verletzten zu den nicht verletzten Sinnesorgane; bitte um Berücksichtigung und Angabe ev. Vorschädigungen.</p> <p>b) Bei Verletzung von Gliedmassen: Angabe der Funktionsunfähigkeit in Graden oder Prozenten mit Vergleichswerten der verletzten zu den nicht verletzten Gliedmassen; bitte um Berücksichtigung und Angabe ev. Vorschädigungen:</p> <p>c) Bei Amputationen: Angabe der genauen Amputationshöhe</p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

**ANLEITUNG.**

Bitte, tragen Sie die durch den Unfall erlittenen Schäden ein:

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stampiglie des Arztes