



Moritz Eckert – Osteroder Straße 9 – 37412 Herzberg am Harz

Anrede
Name
Straße
PLZ Ort

Facharzt für Allgemeinmedizin
Palliativmedizin, Verkehrsmedizin, Reisemedizin
– staatlich anerkannte Gelbfieberimpfstelle –
Akademische Lehrpraxis der Universität Göttingen
Osteroder Straße 9 – 37412 Herzberg am Harz
Telefon: 05521 – 7 10 47 – Fax: 7 10 48
info@praxiseckert.de

(ME/#)

Ärztlicher Bericht

Schaden-Nr.:	
Verletzte/r:	#{ptn, #ptv}
Straße:	#{str}
PLZ, Ort:	#{ort}
Beruf:	
Geburtsdatum:	#{ptd4}
Unfalltag:	

1. Tag und Uhrzeit der ersten Behandlung?

Datum: Uhrzeit:

2.1 Angaben des Verletzten zum Unfallhergang:

2.2 war der Sicherheitsgurt angelegt?

2.3 wurde ein Schutzhelm getragen?

3.1 Welcher objektive Befund wird vom behandelnden Arzt erhoben?

3.2 Konnten Gurtspuren festgestellt werden?

3.3 Lag zum Unfallzeitpunkt Alkohol- oder Rauschmittelgenuss vor?

Moritz Eckert
Osteroder Straße 9
37412 Herzberg am Harz

Telefon: 05521 - 7 10 47
Telefax: 7 10 48
info@praxiseckert.de

Apobank Göttingen
DE05 3006 0601 0105 1020 90
DAAE DEDD XXX

LANR: 0111648-01
BSNR: 080174300
UST ID. Nr.DE309623911

4. Welche Untersuchungen wurden wann durchgeführt? Röntgen? CT? Kernspin?
5. Wie lautet die Diagnose?
6.1 Fand eine stationäre Behandlung statt?
6.2 Von wann bis wann in welchem Krankenhaus?
6.3 Erfolgt Überweisungen an andere Ärzte? Name/Anschrift/Bericht bei O.g. Person zu erfragen
7.1 war der Verletzte zum Unfallzeitpunkt voll arbeitsfähig? Ggf. weshalb nicht?
7.2 Bestehen beim Verletzten Krankheiten, Gebrechen oder Folgen von Verletzungen die mit diesem Unfallereignis nicht in Zusammenhang stehen und inwieweit wurde dadurch der unfallbedingte Heilverlauf bzw. die Erwerbsfähigkeit beeinflusst?
8.1 Die letzte Untersuchung wegen der Unfallfolgen fand statt am:
8.2 Wie lautet der aktuelle Befund?
9.1 War der Verletzte arbeitsunfähig? wenn ja, von wann bis wann?
9.2 Ist die Behandlung abgeschlossen? Wenn nein, voraussichtliche Dauer:
9.3 Werden voraussichtlich Dauerfolgen des Unfalls zurückbleiben? wenn ja, worin bestehen diese?

10. Wurde bereits von anderer Seite ein Bericht von Ihnen angefordert? Wenn ja, bitte Name, Anschrift und Aktenzeichen angeben:
11. Wer ist Kostenträger der unfallbedingten Heilbehandlung?
12. Besondere Bemerkungen

Herzberg, den:

Unterschrift/Stempel