

ARZTBERICHT

Patient/-in _____

behandelt wg. Unfall / Körperverletzung / Vorfall vom _____

Diagnose (bei HWS bitte spezifizieren nach Quebec-Klassifikation 1, 2, 3) und objektivierbare Befunde:

Röntgenbilder / CT / MRT etc. vorhanden: ja / nein

Stationär behandelt vom _____ bis _____

Therapie: _____

Ambulant behandelt an folgenden Tagen: _____

Therapie: _____

Behandlung vorerst abgeschlossen: ja / nein

Mögliche, wenn auch nur unwahrscheinliche, vorhersehbare Spät-/Folgeschäden:

Arbeitsunfähigkeit lag vor vom _____ bis _____

MdE in Höhe von _____ % für die Dauer von _____ Tagen / Wochen / Monaten / Jahren (T / W / M / J)

evtl. weitere MdE in Höhe von _____ % für die Dauer von _____ T / W / M / J

haushaltsspezifische MdE in Höhe von _____ % für die Dauer von _____ T / W / M / J

evtl. weitere haushaltsspezifische MdE in Höhe von _____ % für die Dauer von _____ T / W / M / J

Überwiesen an weiteren Arzt / Physiotherapeuten etc.: ja / nein – wenn ja an wen:

Bemerkungen / Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin