



Dr. Wambach & Walter  
Rechtsanwälte in Partnerschaft mbB

Telefon +49 421 5489511  
Telefax +49 421 5489510  
[info@schmerzensgeld-spezialisten.de](mailto:info@schmerzensgeld-spezialisten.de)  
Teerhof 59  
28199 Bremen

## Arztbericht

zum Unfallschaden Behandlungsfehler vom .....

1.1. Wann suchte die verletzte Person sie erstmalig auf? \_\_\_\_\_

1.2. Wer behandelte die Patientin/den Patienten vor Ihnen (Vorbehandler)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.2.3. Wer behandelte die Patientin/den Patienten nach Ihnen  
(Nachbehandler)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.1. Welchen Befund stellten Sie bei der (Erst-)Untersuchung fest?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.2. Wie lautet die wissenschaftliche Diagnose?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

2.3. Wie lautet der ICD-Code der Diagnose? \_\_\_\_\_

2.4. Wurden weitere Befunde erhoben, wie z. B.:

Röntgenaufnahme	ja	nein	am:
Computertomographie (CT)	ja	nein	am:
Kernspintomographie (MRT)	ja	nein	am:
ggfs. Befund:			

3.1. Welche Behandlungsmaßnahmen waren angezeigt bzw. wurden veranlasst?

---

---

---

3.2. Wie war der Heilungsverlauf?

---

---

---

3.3. Wurde die Patientin/der Patient stationär behandelt?

ja            nein            von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

3.4. An welchen Tagen haben Sie die Patientin/den Patienten ambulant behandelt?

---

---

4.1. Ist die Behandlung bereits abgeschlossen?            ja            nein

4.2. Welche weiteren Maßnahmen sind noch erforderlich?

---


5.1. Berufliche Tätigkeit der Patientin/des Patienten vor dem Unfall:

---

5.2. Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch den Unfall  
*(bitte unbedingt auch bei Rentnern und nicht arbeitenden Personen "fiktiv" ausfüllen)*

zu	%	von	bis
zu	%	von	bis
zu	%	von	bis
zu	%	von	bis
zu	%	von	bis

5.3. Haben Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt?

ja                      nein                      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

6.1. Inwieweit besteht eine Einschränkung bei der Tätigkeit im häuslichen Umfeld?

zu	%	von	bis
zu	%	von	bis
zu	%	von	bis
zu	%	von	bis
zu	%	von	bis

Unter den Punkten 7. und 8. möchten wir unterschieden wissen, ob der Gesundheitsschaden dauerhaft verbleibt (Dauerschaden). Dies ist ein Unterschied zu weiteren Gesundheitsbeeinträchtigungen in der Zukunft (Folgeschaden). Diese können auch (eventuell Jahre später) auftreten, sogar dann, wenn die ursprüngliche Verletzung ausgeheilt ist. Denkbar ist auch, dass ein Dauerschaden vorliegt und zukünftig darüber hinaus mit weiteren Folgeschäden zu rechnen ist; beide Schadensarten können also auch kumulativ vorliegen.

7.1. Besteht die Möglichkeit eines Dauerschadens? ja nein ungewiss

7.2. Wann ist ein Dauerschaden voraussichtlich sicher prognostizierbar? \_\_\_\_\_

7.3. Beschreiben Sie bitten den möglichen oder wahrscheinlichen Dauerschaden:

---

---

Bei Dauerschäden bitten wir um Angabe der voraussichtlich prozentualen Einschränkungen:

Im Bereich der Arbeit (MdE)	_____	%
Im Bereich des Haushaltes	_____	%

7.4. Wirkt sich der mögliche Dauerschaden auf sportliche Aktivitäten aus? ja  
nein ungewiss

---

---

7.5. Sind zur Kompensation des Dauerschadens Hilfsmittel notwendig? Wenn ja, welche?  
ja nein ungewiss

---

---

8.1. Besteht die Möglichkeit eines zukünftigen Folgeschadens? ja nein ungewiss

8.2. Wann ist ein Folgeschaden voraussichtlich sicher prognostizierbar? \_\_\_\_\_

8.3. Beschreiben Sie bitten den möglichen oder wahrscheinlichen Folgeschaden:

---

---

---

---

Auch bei ei Folgeschäden bitten wir um Angabe der voraussichtlich prozentualen Einschränkungen:

Im Bereich der Arbeit (MdE)	_____	%
Im Bereich des Haushaltes	_____	%

8.4. Wird sich der mögliche Folgeschaden auf sportliche Aktivitäten auswirken? ja      nein  
ungewiss

---

---

8.5. Werden zur Kompensation des Folgeschadens zukünftig Hilfsmittel notwendig sein?

ja      nein      ungewiss

Wenn ja, welche?

---

---

8.6. Muss das Wohnumfeld umgestaltet werden? Wenn ja, wie? ja      nein      ungewiss

---

---

8.7. Ist für die Zukunft prognostisch mit einer weiteren Verschlechterung der Zukunftsschäden zu rechnen?

ja      nein      ungewiss

9. Ärztliche Anmerkungen und Hinweise:

---

---

---

---

---

---

---

---

10. Gebühr für den Bericht sowie Angabe der Bankverbindung und Namen des Empfängers

Betrag	_____	EUR
Kontoinhaber	_____	
Bank	_____	
IBAN	_____	
BIC	_____	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift