

Von Ihrem Arzt auszufüllen

ÄRZTLICHES ATTEST

Der Unterzeichnete, Dr. med.,

Name:

Anschrift:

erklärt, dass:

Name und Vorname:

Anschrift:

am (Datum)/...../..... in (Ort) einen Unfall hatte

Folgen des Unfalls

- Erste Untersuchung in Verbindung mit dem Unfall (Datum und Uhrzeit):
- Beschreibung der Art der Verletzungen:
.....
.....
.....
- Wurde das Unfallopfer im Krankenhaus aufgenommen ja nein
Wenn ja, vom/...../..... bis einschließlich...../...../.....
- Das Opfer ist noch in Behandlung
 geheilt seit dem/...../.....
- Ist das Opfer vorläufig unfähig, seine täglichen Aufgaben (Arbeit, Studium, Haushaltsarbeiten,...) zu erfüllen? ja nein
Wenn ja, Zeiten und Prozentsätze der Arbeitsunfähigkeit:
vom/...../..... bis einschließlich/...../..... zu %
vom/...../..... bis einschließlich/...../..... zu %
vom/...../..... bis einschließlich/...../..... zu %
vom/...../..... bis einschließlich/...../..... zu %
- Ist die vollständige Wiederherstellung des Opfers möglich? ja nein
Wenn ja, am (Datum)/...../.....
- Wenn nein, wie wird sich die dauerhafte Arbeitsunfähigkeit entwickeln? %
- Ergänzende Angaben:

Datum/...../.....

Ort

Unterschrift und Stempel des Arztes