

# ALLGEMEINER FRAGEBOGEN – ARZTHAFTUNG

in der Sache \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

## A. Fragebogen

Bitte beachten Sie die beigefügten Erläuterungen. Diese helfen Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Schlegelmilch, 0931/22222 oder [info@steinbock-partner.de](mailto:info@steinbock-partner.de). Nähere Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage [www.schmerzensgeld-wuerzburg.de](http://www.schmerzensgeld-wuerzburg.de).

## I. MEDIZINISCHER TEIL

### 1. Krankheitsgeschichte / Gedächtnisprotokoll:

Datum / Zeitraum	Beschwerden? Arztbesuche? Diagnosen / Therapien?

### 2. Schadensstiftendes Ereignis

<b>Datum</b>	
<b>Schädiger</b>	
<b>+Adresse</b>	
<b>Hergang</b>	

### 3. Eingetretene Gesundheitsschädigungen

Diagnosen	Bestätigung durch Attest oder Gutachten? Datum?

### 4. Aufklärung

Aufklärung erfolgt	Aufklärungsbogen vom?
Indikation / Eilbedürftigkeit?	
Folgen?	
Erfolgsaussichten, Fehlschlag, Rezidiv	

**5. Namen und Adressen der behandelnden Ärzte:**

Datum / Zeitraum	Behandler: Name / Adresse	Attest? Datum?
<b>Krankenkasse:</b>		
<b>VersNr &amp; Sachbearbeiter</b>		

**6. Krankenhausaufenthalte**

Datum / Zeitraum	Krankenhaus	Entlassungsbrief? Datum?

**7. Diagnosen**

Diagnosen	Bestätigung durch Attest oder Gutachten? Datum?

**II. Schadensersatz****1. Bemessung des Schmerzensgeldes****a) Schmerzen**

Datum / Zeitraum	Schmerzen an welchen Körperteilen	Arztbesuch deswegen am?

**b) Körperliche Einschränkungen**

Körperfunktionen	Einschränkungen (leicht, mittel, stark)	Seit wann / bleibend?
Gliedmaßen	z.B. Finger, Hand, Arm, Bein, Kopf, Rumpf	
Bewegungen	Sitzen, Stehen, Hocken/Knien, Gehen, Steigen, Heben, Tragen	
Sinne usw.	Sprechen, Sehschärfe, Hören, Gleichgewichtssinn,	

	Konzentrationsfähigkeit	
Sonstige Einschränkungen		
Welche Umwelteinflüsse sind zu meiden?	Lärm, Zugluft, Nässe, Temperaturschwankungen, Kälte, Hautreizstoffe, Hitze, Sonstiges	

c) Einschränkungen in der Lebensführung

Datum / Zeitraum	Einschränkungen in der Lebensführung	Arztbesuch deswegen am?
Beruf		
Hobbys / Freizeit		
Sport		

**2. Medikamente / Mehrbedarf / Arztkosten**

Datum	Medikament / Gegenstand			Kosten	Nachweis
<b>Summe</b>				0 EUR	

**3. Fahrtkosten**

Datum	Behandler	Strecke	Warte- / Behandlungszeit	Fahrtzeit	Nachweis
<b>Summen</b>		0 km	0 h	0 h	
<b>Fahrer</b>	Name	Adresse			

**4. Verdienstausschlag**

Zeitraum	Arbeitsunfähigkeit in %	Verdienstausschlag	Ersatzleistungen KV / Rentenvers	AU Bescheinigung / Datum

<b>Summen</b>		0 EUR	0 EUR	

## 5. Haushaltsführungsschaden

### a) Art des Haushalts

<b>Mitglieder des Haushalts</b>	Geburtsdatum	Berufstätig, pro Woche	
<b>Größe der Wohnung / des Hauses</b>	Technische Ausstattung		
Wohnfläche in qm			
Gartenfläche in qm			

### b) Einschränkungen

<b>Tätigkeit</b>	<b>Vor der Schädigung ausgeübt</b>		<b>Einschränkungen</b> durch die Schädigung
	Durch Mandant	Partner	
Einkaufen			
Ernährung			
Geschirreinigung			
Reinigung			
Wäschepflege			
Gartenarbeit			
Organisation			
Pflege/ Betreuung Dritter			
Sonstiges			
<b>Zeugen</b>	Name		Adresse

### c) Festgestellte Einschränkung der Haushaltsführung

Datum / Zeitraum	Anzahl Wochen	Einschränkung in %	Stunden pro Woche	Behandler

## B. Ärztliches Attest

**Patient:** «MandantRubrumVoll», Geburtsdatum: \_\_.\_\_.\_\_\_\_

### 1. Diagnosen

Der Patient befindet sich aufgrund \_\_\_\_\_ vom \_\_.\_\_.20\_\_ in meiner Behandlung. Es wurde das folgende diagnostiziert:

### 2. bisherige Beschwerden und Einschränkungen

Er hatte aufgrund des schädigenden Ereignisses die folgenden Beschwerden:

In Bezug auf Verdienstaustfall und Einschränkung der Haushaltsführungstätigkeit bestanden durch den Unfall die folgenden Beeinträchtigungen:

Datum / Zeitraum	Einschränkung Arbeitsfähigkeit	Einschränkung Haushaltsführung
__.__.2010- __.__.2010	____%	____%
__.__.2010- __.__.2010	____%	____%
__.__.2010- __.__.2010	____%	____%

### 3. noch bestehende Beschwerden und Einschränkungen

Zum heutigen Tage bestehen noch die folgenden Beschwerden:

Die Arbeitsfähigkeit ist zum heutigen Tage noch zu \_\_\_\_ % und die Fähigkeit zur Haushaltsführung zu \_\_\_\_ % eingeschränkt.

Datum, Unterschrift, Stempel