

Schlussbericht des behandelnden Arztes

Verletzte(r):

Pol.Nr.:

Unfall vom:

Sch.Nr.:

Um Rückfragen zu vermeiden, bitten wir höflichst um eine möglichst detaillierte Beantwortung der untenstehenden Fragen.

1. Art der Verletzung: (bitte Deutsch)

2. Ist eine bleibende Invalidität vorhanden oder zu erwarten?

Bitte um möglichst genaue Beschreibung:

3. Wäre durch eine besondere Heilbehandlung die vollständige oder teilweise Wiederherstellung des Verletzten zu erreichen?

4. Für wann kann eine Besserung erwartet werden?

Abrechnung Berichtshonorar:

Betrag: €

Konto Nr.:

Blz.:

Institut:

Datum

Unterschrift, Name und Adresse des behandelnden Arztes