

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom:  
Unser Zeichen:  
Ihre Ansprechperson:  
Telefon:  
Telefax:  
E-Mail:

Datum:

Name, Vorname: geb.:  
Aktenzeichen:

## Zweites Rentengutachten

### **– Rente auf unbestimmte Zeit**

## Auftrag vom

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten das erbetene Gutachten.

## A. Vorgeschichte

1. Art der Verletzung (Diagnose des unfallbedingten Gesundheitserstschadens entsprechend den Grundlagen der ersten Rentenfeststellung):
  2. Krankheitsverlauf seit der ersten Rentenfeststellung:

Az.: , Name:

## **B. Gegenwärtiger Zustand und Beurteilung**

Az.:

, Name:

6. **Vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderungen** (kurze, aber vollständige Aufzählung), auch Folgen anderer Unfälle:

7. Wie wird die **Minderung der Erwerbsfähigkeit** durch die unter Ziff. 5 genannten Unfallfolgen am Tag der Untersuchung eingeschätzt? Die Einschätzung hat unabhängig von früheren Feststellungen nur anhand der aktuellen **funktionellen** Einschränkungen zu erfolgen.

%

8. Ist zu erwarten, dass die durch den Unfall geminderte Erwerbsfähigkeit sich bessern/ verschlechtern wird (z. B. durch Änderung des objektiven funktionellen Befundes, durch Verringerung der Beschwerden, durch Anpassung und Gewöhnung an die Unfallfolgen, durch Heilverfahren)?

Wenn ja, ab wann voraussichtlich?

## C. Weitere medizinischen Rehabilitation: berufliche und soziale Teilhabe

1. Kann durch geeignete Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation der Gesundheitszustand der versicherten Person weiter verbessert bzw. einer Verschlimmerung (durch Individualprävention) vorgebeugt werden?

Nein  Ja

Kein  ja

Az.: , Name: ,

Für die Beschaffung, Erneuerung oder Änderung von Hilfsmitteln werden folgende Vorschläge gemacht:

2. Welche berufliche Tätigkeit übt die versicherte Person derzeit aus?  
Bestehen wegen der Unfallfolgen Einschränkungen bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit, ggf. welche?

3. Gibt es Hinweise, dass unfallbedingt Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens benötigt wird?  
 Nein     Ja

4. Gibt es Hinweise, dass Hilfen zur Verbesserung der Sozialen Teilhabe erforderlich sind, ggf. welche und in welchem Bereich?

5. Sonstige Bemerkungen

Tag der Untersuchung:

Die versicherte Person erschien um **Uhr**, entlassen um **Uhr**.

Das Gutachten wird nach persönlicher Begegnung mit der versicherten Person sowie eigener Prüfung und Urteilsbildung erstattet.

Ich möchte eine Rückmeldung zur Einschätzung der Qualität und Verwertbarkeit des Gutachtens.

Nein  Ja

Ort, Datum

## Institukskennzeichen (IK)

## Falls kein IK - Bankverbindung (IBAN) -

Unterschrift der beauftragten Gutachterin/  
des beauftragten Gutachters