

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

Datum:

Name, Vorname: geb.:
Aktenzeichen:

Rentengutachten
– Nachprüfung MdE
Auftrag vom

Sehr geehrte Damen und Herren,
Sie erhalten das erbetene Gutachten.

A. Vorgeschichte

1. Krankheitsverlauf seit der ersten Rentenfeststellung:

...

Az.: , Name:

B. Gegenwärtiger Zustand und Beurteilung

- 1 **Klagen** der versicherten Person:
 - 2 **Allgemeinzustand** (kurze Schilderung mit Körpergröße und Gewicht):
 - 3 **Befund** (gründliche und vollständige Schilderung erforderlich):
 - 4 Stehen **Klagen** und **Befund** in **Übereinstimmung**?
 - 5 Kurze Zusammenfassung der **wesentlichen** Unfallfolgen mit ihren **funk** Einschränkungen:

Az.:

Name:

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

7 **Änderungen in den Verhältnissen – Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)**

- 7.1 Ist in den für die Höhe der Rente maßgebenden funktionellen Verhältnissen eine Änderung gegenüber den maßgeblichen früheren Vergleichsbefunden (**siehe Gutachtenauftrag**) eingetreten?

Nein Ja

Wenn ja, worin besteht die Änderung, ist diese **wesentlich** und seit wann besteht sie (bitte konkreten Zeitpunkt angeben)? Bei einer gewährten Rente auf unbestimmte Zeit ist eine Änderung nur wesentlich, wenn sich die unfallbedingte MdE um mehr als 5 % ändert und länger als 3 Monate andauert.

- 7.2 Wie wird die MdE durch die unter Ziffer 5 genannten Unfallfolgen zum Zeitpunkt der Untersuchung eingeschätzt?

%

- 7.3 Ist zu erwarten, dass die durch den Unfall geminderte Erwerbsfähigkeit sich bessern/ verschlechtern wird?

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 verbessert bzw. einer Verschlimmerung (durch Individualprävention) vorgebeugt werden?

Nein Ja

Welche Maßnahmen werden vorgeschlagen?

Az.: , Name:

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

Unterschrift der beauftragten Gutachterin/
des beauftragten Gutachters

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –