

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

Datum:

Name, Vorname: geb.:
Aktenzeichen:

Rentengutachten

– Rente nach Gesamtvergütung

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. **Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Verletzungsfolgen:**

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit ist unabhängig von der früheren Feststellung zu schätzen; ein Änderungsnachweis ist nicht erforderlich.

- 7.1 Wie hoch wird die Minderung der Erwerbsfähigkeit vom Tage nach Ablauf des Gesamtvergütungszeitraums bis zum Tage vor der Untersuchung geschätzt?

Vom _____ bis _____ %.

- 7.2 In welchem Ausmaß wird die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person vom Tage der Untersuchung an beeinträchtigt und wie lange wird diese Minderung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich noch bestehen?

Vom _____ bis _____ %.

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 medizinische 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

Welche Maßnahmen werden vorgeschlagen?

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

Unterschrift der beauftragten Gutachterin/
des beauftragten Gutachters

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK - Bankverbindung (IBAN) -