

┌

└

┌

└

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

Name, Vorname:  
Aktenzeichen:

geb.:

**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

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 **funktionellen** Einschränkungen:

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 \_\_\_\_\_ %.

Vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ %.

Vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ %.

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) -**