

Versicherungsschein-Nr.:

Invaliditätsattest

Bestätigung eines Facharztes oder Krankenhauses zur Vorlage beim Unfallversicherer

Herr/Frau

Name, Vorname, Geburtsdatum

Wohnort, Straße

Unfall vom

1. Sind dauernde, die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigende Folgen (Invalidität) infolge des Unfalles eingetreten?

☐ Ja

☐ Nein

Bitte folgende Fragen nur beantworten, wenn die Frage 1 bejaht wird

2. Wann wurde die Invalidität dem Grunde nach erstmals festgestellt und schriftlich dokumentiert?

3. Welche Körperteile, Sinnesorgane oder Körperregionen sind gebrauchsgemindert?

4. Wie äußert sich die jeweilige Funktionsbeeinträchtigung?

5. Wann ist die Beurteilung der **dauernden** Beeinträchtigung (Höhe des Invaliditätsgrades) sinnvoll?

☐ bereits jetzt

☐ in ca. _____ Monaten

6. Auf welchem medizinischen Fachgebiet ist eine Untersuchung erforderlich?

☐ chirurgisch / orthopädisch

☐ neurologisch

☐ augenärztlich

☐ HNO-ärztlich

☐ _____

7. Wurde die verletzte Person für die Berufsgenossenschaft untersucht?

☐ Nein

☐ Ja, zuletzt am _____

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes / Stempel