VOLKSWOHL BUND
VERSICHERUNGEN

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. Wird die Invalidität voraussichtlich 50% oder mehr betragen? ☐ Ja ☐ Nein

4. Welche Körperteile, Sinnesorgane oder Körperregionen sind gebrauchsgemindert? _____

5. Wie äußert sich die jeweilige Funktionsbeeinträchtigung? _____

6. Wann ist die Beurteilung der **d a u e r n d e n** Beeinträchtigung (Höhe des Invaliditätsgrades) sinnvoll?
   - ☐ bereits jetzt
   - ☐ in ca. _____Monaten

7. Auf welchem medizinischen Fachgebiet ist eine Untersuchung erforderlich?
   - ☐ chirurgisch / orthopädisch
   - ☐ neurologisch
   - ☐ augenärztlich
   - ☐ HNO-ärztlich
   - ☐ _____

8. Wurde die verletzte Person für die Berufsgeschaft untersucht?
   - ☐ Nein
   - ☐ Ja, zuletzt am _____

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes / Stempel