

VERSICHERTE PERSON:

SCHADENNUMMER:

Vorname Nachname: _____

Straße: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

BEFUND:

In Folge des Unfalles vom _____ (Unfalldatum) bestehen bei der oben genannten Person noch folgende Beschwerden:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

1a Dieser Befund bedingt eine **dauernde** gesundheitliche Schädigung/ Invalidität.
Dies wurde erstmals am _____ ärztlich festgestellt.

1b Ein unfallbedingter Dauerschaden ist nach ärztlichem Ermessen **nicht** zu erwarten.

2a Die Heilbehandlung ist abgeschlossen seit _____ .

2b Die Heilbehandlung dauert noch an bis etwa _____ .

3a Ein beurteilungsfähiger **Endzustand** ist bereits eingetreten.

3b Eine Abschlussbegutachtung ist erst ab dem _____ sinnvoll.

3c Ist die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unfallbedingt dauerhaft um **mindestens 50%** gemindert?

3d Die dauerhafte Gebrauchsbeeinträchtigung des/der betroffenen Körperteils/
Körperteile _____ (bitte eintragen)
beträgt voraussichtlich _____ (bitte Dauer eintragen).

4 Auf welchem Fachgebiet ist eine Untersuchung erforderlich?

orthopädisch chirurgisch neurologisch sonstige:

NUR VOM FACHARZT AUSZUFÜLLEN

Ort/Datum

X

Stempel und Unterschrift des Facharztes:

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück senden an:



schadenservice@janitos.de

oder

Janitos Versicherung AG
Postfach 104169
69031 Heidelberg