

┌

┐

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

└

┘

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

Gutachten bei Abfindung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten das erbetene Gutachten.

A. Vorgeschichte

Bisherige Erkrankungen und Beschwerden nach Angaben der antragstellenden Person:

...

Az.:

, Name:

3.3 Im Bereich des Bauches, insbesondere des Magens, des Darmes, der Leber, der Galle, der Nieren, der Harnwege, der Geschlechtsorgane, falls erforderlich mit Oberbauchsonographie:

3.4 Urinbefund:

Sediment:

Eiweiß:

Zucker:

3.5 Nüchtern - Laborbefunde:

Gr. Blutbild

BSG:

SGOT

SGPT

Gamma-GT

Cholesterin

Triglyceride

Harnstoff u. Kreatinin i. Serum

3.6 Im Bereich von zentralen und peripheren Nerven:

Hirnnervenfunktionen:

Reflexe:

Az.:

, Name:

3.7 Extremitäten:

3.8 Wirbelsäule:

4 Zurückgebliebene Folgen früherer Krankheiten:

5 Sonstige Gesundheitsstörungen:

6 Risikofaktoren (Suchtkrankheiten, Nikotin, Übergewicht u. Ä.):

C. Beurteilung

Die Lebenserwartung ist

normal.

herabgesetzt.

Angaben zum Grund und Zeitraum:

Az.:

, Name:

Falls zur Beurteilung weitere Untersuchungen und Begutachtungen erforderlich sind, bitten wir um Hinweise dazu.

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) –