|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | 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: […]

|  |
| --- |
| **B. Gegenwärtiger Zustand** |
| 1 | Körpergröße: […] | Körpergewicht (ohne Kleidung): […] |
| 2 | Bestehen körperliche Missbildungen, insbesondere des Brustkorbes oder der Wirbelsäule?  |
|  | […] |
| 3 | Untersuchungsbefunde |
| 3.1 | Im Bereich des Kopfes oder Halses: |
|  | […] |
| 3.2 | Im Bereich der Brust, insbesondere des Herzens, des Kreislaufs, der Lunge oder des Rippenfells sowie der Gefäße: |
|  | […] |
|  | EKG:  | […] |
|  | Blutdruckmessungen:  | […] |
|  | Pulsqualitäten:  | […] |
|  | Herz und Lunge auskultatorisch:  | […] |
|  | Falls erforderlich, Röntgen- Thoraxübersicht:  |
|  | […] |

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 |  | **Institutionskennzeichen (IK)** |
| […] |  | […]**Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – |
| Unterschrift der beauftragten Gutachterin/des beauftragten Gutachters |  |  |