

Ärztliches Attest

Policenzeichen

Policenzeichen
Arbeitgeber

Erster Untersuch

Am / / Uhr
Ort

Der unterzeichnete Arzt

Name und Vorname
Eigenschaft
Straße Nr. Kasten
Postfach Stadt Land

hat die verletzte Person

Name und Vorname
Straße Nr. Kasten
Postfach Stadt Land

UNTERSUCHT NACH DEM UNFALL, DER SICH AM / / EREIGNET HAT.

Er erklärt

1. daß der Unfall folgende Verletzungen verursacht hat:

(Art und Natur der Verletzungen und die betroffenen Körperteile angeben: Armbruch, Prellung am Kopfe, Quetschungen an den Fingern, innere Verletzungen, Asphyxie, usw.)

.....
.....

2. daß diese Verletzungen zur Folge hatten (haben werden):

(Sichere oder mutmaßliche Folgen der festgestellten Verletzungen angeben: Tod – vollständige oder teilweise bleibende Unfähigkeit – vollständigen oder teilweise zeitweiligen Unfähigkeit mit Vermerk der vermutlichen Dauer.)

.....
.....

3. daß die Unfähigkeit begonnen hat (beginnen wird):

(Der Arzt hat die Unfähigkeit zu berücksichtigen, die sich normalerweise aus den Verletzungen selbst ergibt, ohne Berücksichtigung aller anderen Umstände.)

.....
.....

- dass der Verletzte vom / / bis zum / / vollständig arbeitsunfähig ist.
- dass der Verletzte seine derzeitige Aufgabe fortführen kann.
- dass eine angemessene Beschäftigung möglich ist. Folgende Beeinträchtigungen sind zu beachten:

.....

4. daß der Verletzte behandelt wird:

(Je nach Fall angeben ob der Verletzte an seinem Wohnsitz oder dem des Arztes, in einem bestimmten Krankenhaus oder anderswo behandelt wird.)

.....
.....

5. Spezielle Bemerkungen:

.....
.....

Angestellt in, am

Der Arzt (Unterschrift)