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