

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

- 1 **Art der Verletzung** (wissenschaftliche Diagnose):

Az.:

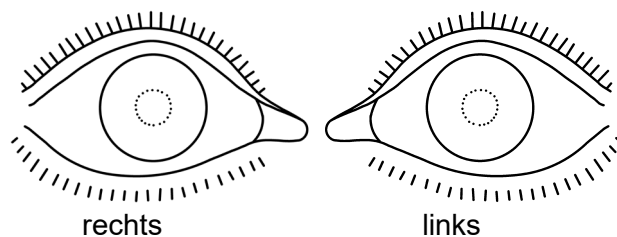
, Name:

- 2 **Entstehung der Verletzung** (Angaben der versicherten Person darüber, wann und wie die Verletzung zustande kam):

Falls er hierüber bei der **ersten** Inanspruchnahme **keine** Angaben gemacht hat: An welchem späteren Tage und aus welcher Veranlassung wurden diese gemacht? Wie lauteten sie?

3 **Erster Augenbefund**

- 3.1 Objektiv erkennbare Krankheitserscheinungen (bei Metallsplintern im Auge das Ergebnis des Magnetversuchs; auf Leiden der tränenabführenden Wege besonders achten):



- 3.2 Sehvermögen (auch des unverletzten Auges):

Sehschärfe nach DIN 58220

- 3.2.1 ohne Korrektur R

L

beidäugige Gesamtsehschärfe

- 3.2.2 mit Korrektur R dpt sph. $\odot$ dpt cyl. Achse

fern

L dpt sph. $\odot$ dpt cyl. Achse

beidäugige Gesamtsehschärfe

R dpt sph. dpt cyl. Achse

nah

L dpt sph. $\odot$ dpt cyl. Achse

beidäugige Gesamtsehschärfe

Gesichtsfeld (Bestimmung ausschließlich mit einer manuell-kinetischen Methode und einer Markengröße entsprechend Goldmann III/4, ausgenommen Vergleichsuntersuchungen):

Az.:

, Name:

- 4 **Bisherige Behandlung** (Art, Verlauf, etwaige Zwischenfälle), insbesondere Dauer der Bettruhe, des etwaigen Krankenhausaufenthalts und der Arbeitsunfähigkeit:

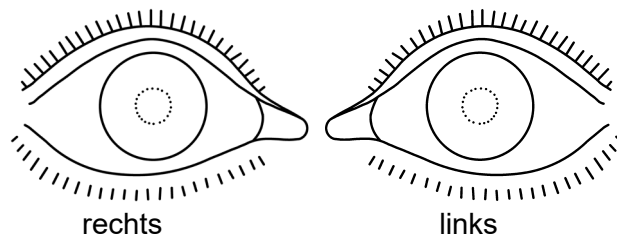
Die Behandlung ist **beendet** seit: .

B. Gegenwärtiger Befund und Beurteilung

- 1 **Klagen** der versicherten Person:

- 2 **Befund** (gründliche und vollständige Schilderung erforderlich):

- 2.1 Objektiv erkennbare Krankheitserscheinungen (Beschreibung des Allgemeinzustandes, wenn er für die Beurteilung wichtig ist oder mit der Verletzung der Augen zusammenhängt. Jedes Auge einzeln beschreiben und die abgedruckten Schemata zum Einzeichnen der äußerlich erkennbaren Veränderungen benutzen.



Az.:

, Name:

2.2 Sehvermögen

Sehschärfe nach DIN 58220

2.2.1 ohne Korrektur R

L

beidäugige Gesamtsehschärfe

mit Korrektur

R

dpt sph. $\ominus$

dpt cyl.

Achse

fern

L

dpt sph. $\ominus$

dpt cyl.

Achse

beidäugige Gesamtsehschärfe

R

dpt sph. $\ominus$

dpt cyl.

Achse

nah

L

dpt sph. $\ominus$

dpt cyl.

Achse

beidäugige Gesamtsehschärfe

Sonstige Abweichungen vom normalen Sehen wie etwa Gesichtsfeldausfälle (Bestimmung ausschließlich mit einer manuell-kinetischen Methode und einer Markengröße entsprechend Goldmann III/4, ausgenommen Vergleichsuntersuchungen), Störungen des körperlichen Sehens usw.:

3 Entsprechen die Angaben bei der Prüfung des Sehvermögens unter 2.2 dem objektiven Befund?

Wenn nein, welche Prüfungen wurden durchgeführt, um unabhängig vom Willen der versicherten Person das tatsächlich vorhandene Sehvermögen zu ermitteln?

Welches Ergebnis hatten die Prüfungen?

4 Welche Veränderungen sind nicht Folgen des Unfalls? (Genaue Bezeichnung unter Angabe der Diagnose dieses Krankheitsbildes.)

Az.:

, Name:

5 Kurze Zusammenfassung der **wesentlichen** Unfallfolgen:

6 Sofern die Korrektur mit Kontaktlinse erfolgt: Bestehen objektive Gründe für die Unverträglichkeit einer Kontaktlinse?

7 **Vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderungen** (kurze, aber vollständige Aufzählung), auch Folgen anderer Unfälle, Arbeitsunfälle und Wehrdienstbeschädigungen:

Wird oder wurde hierfür Unfall- oder Versorgungsrente bezogen?
Von welchen Stellen?

Bei Fragen 8 und 9 bitte beachten:

Bei Schätzung des Prozentsatzes der eingebüßten Erwerbsfähigkeit ist von der individuellen Erwerbsfähigkeit der versicherten Person **vor** dem Unfall auszugehen. Sie ist mit 100 anzusetzen. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von weniger als 10 % ist nicht wesentlich und wird daher nicht entschädigt. In diesem Falle muss die Schätzung lauten „unter 10 %“.

8 **Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Verletzungsfolgen:**

Wie hoch wird die Minderung der Erwerbsfähigkeit vom Tage des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit bis zum Tage vor der Untersuchung geschätzt?

Vom	bis	%.
Vom	bis	%.
Vom	bis	%.
Vom	bis	%.

9.1 In welchem Ausmaß wird die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person vom Tage der Untersuchung an beeinträchtigt und wie lange wird diese Minderung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich noch bestehen?

Vom	bis	%.
-----	-----	----

Az.:

, Name:

- 9.2 Wie hoch wird die Minderung der Erwerbsfähigkeit auf Grund ärztlicher Erfahrung nach Ablauf des Zeitraumes zu 9.1 längstens bis zur **Beendigung des dritten Jahres nach dem Unfall** geschätzt?

Voraussichtlich noch %.

- 10 Sind zur Wiederherstellung oder Besserung der Erwerbsfähigkeit der versicherten Person weitere ärztliche Maßnahmen erforderlich? ☐ Nein ☐ Ja
Welche Maßnahmen werden vorgeschlagen?

- 11.1 Zu welchen Arbeiten wird die versicherte Person jetzt für fähig erachtet?

- 11.2 Kann nach Ihrer Meinung die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person durch geeignete Maßnahmen (z. B. Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz, Anlernung für eine andere Tätigkeit, Umschulung) wiederhergestellt oder gebessert werden? ☐ Nein ☐ Ja
Welcher Vorschlag wird ggf. gemacht?

- 12 Sonstige Bemerkungen:

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) –