

Tel: _____

-Vertrauliche Dienstunfallsache-

Landesamt für Finanzen
Dienststelle Weiden
Bezügestelle Dienstunfall
Postfach 10 02 07
93002 Regensburg

-Rückantwort-

Zum Schreiben vom

GZ:

**SCHLUSSGUTACHTEN
DES ARZTES AM GESUNDHEITSAMT**

Name: _____ geb. am _____

Amtsbezeichnung: _____

Anschrift _____

Dienststelle: _____

1. Beendigung der ärztlichen Behandlung der dienstunfallbedingten Körperschäden am

2. Sind Folgen der Körperschäden zurückgeblieben?

nein ja

Wenn ja, welche?

(bitte Angabe des erhobenen Befundes mit konkreten Beschwerden, Beeinträchtigungen und Bewegungseinschränkungen etc. – ggf. Beiblatt verwenden -)

3. Ist eine Therapie indiziert?

nein ja

Wenn ja, welche?

4. Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

Bestand bereits vor dem Dienstunfall eine Erwerbsminderung, die ich auf die dienstunfallbedingte MdE auswirkt (eine stärkere Beeinträchtigung ist bei Verletzungen von paarigen Organen und Organen mit funktioneller Wechselwirkung anzunehmen)?

nein ja

Wenn ja, welche Organe sind betroffen und wie wirkt sich dies auf die eingeschätzte dienstunfallbedingte MdE aus?

Die MdE wird wie folgt festgestellt:

	Zeitraum	Unfall vom dienstunfallbedingte MdE = v.H.	Unfall vom dienstunfallbedingte MdE = v.H.	dienstunfallbedingte Gesamt-MdE = v.H.
ab				
ab				
ab				
ab				
ab				

5. Ist eine Veränderung der festgestellten MdE infolge Verschlimmerung oder Verbesserung des Körperschadens oder durch Anpassung an die Beeinträchtigung zu erwarten?

nein ja

Begründung (jeweils):

Zu welchem Zeitpunkt schlagen Sie eine Nachuntersuchung zur Neueinschätzung der MdE vor?

Zeitpunkt der Nachuntersuchung:

(Dienstsiegel)

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes