



## **Ärztliche Bescheinigung für die Anerkennung des Unfalls als Dienstunfall**

Name, Vorname	
Schule	
Datum des Unfalls	
Datum der Untersuchung	

### **Untersuchungsbefund des Arztes über Art und Umfang der erlittenen Unfallverletzungen**

<u>Unfallbedingter Befund/gesicherte Diagnose des unfallbedingten Körperschadens</u>
<u>Unfallunabhängige Befunde</u>
<u>Vorerkrankungen benennen, die vor dem Unfallereignis an den verletzten Körperteilen bestanden und für diesen Unfall relevant sind, mit Angabe der Diagnose und einer kurzen Stellungnahme</u>

Weitere ergänzende Angaben und Feststellungen zum ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und festgestelltem Körperschaden

Besteht Dienstunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bis
Wird eine Nachuntersuchung vorgeschlagen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann
Kann zum jetzigen Zeitpunkt eine Aussage darüber getroffen werden, ob Folgeerkrankungen aufgrund des unfallbedingten Körperschadens zu erwarten sind?	<input type="checkbox"/> Folgeerkrankungen können ausgeschlossen werden <input type="checkbox"/> Es kann noch keine Aussage getroffen werden <input type="checkbox"/> Ja, welche	

---

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes/der Ärztin