

Name, Vorname	Geburtsdatum:	Az.
<input type="checkbox"/> Erste Bedarfsermittlung <input type="checkbox"/> Fortschreibung erfasst am: Datum von		

Bogen A – Beeinträchtigungen

1. Gesundheitliche Situation - aktuelle Diagnosen (ICD-Schlüssel)

Bezeichnung / Beschreibung	ICD-Code	festgestellt durch Befundbericht/ Stellungnahme/Gutachten u.a. von	Am

Weitere Informationen:

2. Hinweise zu Körperstrukturen und –funktionen

Welche Beeinträchtigungen liegen im Bereich der Körperstrukturen und –funktionen vor?	festgestellt durch Befundbericht/ Stellungnahme/Gutachten u.a. von	Am

Aktuelle Medikation:

Weitere Informationen:

3. Mögliche Verursachung durch Dritte ja nein

Geht die Beeinträchtigung auf eine Schädigung durch eine andere Person oder eine Sache (z. B. Gewalttat nach dem OEG, Unfall, Impfschaden, mangelhafte ärztliche Behandlung) zurück?

<input type="checkbox"/> ja	Inanspruchnahme Namen, Ansprechpartner, Telefon, Fax, E-Mail - Sachverhaltsschilderung - evtl. Gerichtsurteil(e) (Gericht, Datum, Az.)
-----------------------------	--

Art der Schädigung im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts (SER)

OEG BVG/HHG IFSG StrafRehaG/VerwRehaG

Bezeichnung der Schädigungsfolgen:

Grad der Schädigung:

Datum aktueller Bescheid:

Ort, Datum, Unterschrift(en) und Funktion(en) der bearbeitenden Person(en)

, Datum