

┌

┐

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

└

┘

Datum:

Name, Vorname:  
Aktenzeichen:

geb.:

**Rentengutachten**  
**– Nachprüfung MdE**  
Auftrag vom

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten das erbetene Gutachten.

**A. Vorgeschichte**

1. Krankheitsverlauf seit der ersten Rentenfeststellung:

...



Az.:

, Name:

- 6 **Vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderungen** (kurze, aber vollständige Aufzählung), auch Folgen anderer Unfälle:

7 **Änderungen in den Verhältnissen – Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)**

- 7.1 Ist in den für die Höhe der Rente maßgebenden funktionellen Verhältnissen eine Änderung gegenüber den maßgeblichen früheren Vergleichsbefunden (**siehe Gutachtenauftrag**) eingetreten?

Nein  Ja

Wenn ja, worin besteht die Änderung, ist diese **wesentlich** und seit wann besteht sie (bitte konkreten Zeitpunkt angeben)? Bei einer gewährten Rente auf unbestimmte Zeit ist eine Änderung nur wesentlich, wenn sich die unfallbedingte MdE um mehr als 5 % ändert und länger als 3 Monate andauert.

- 7.2 Wie wird die MdE durch die unter Ziffer 5 genannten Unfallfolgen zum Zeitpunkt der Untersuchung eingeschätzt?

%

- 7.3 Ist zu erwarten, dass die durch den Unfall geminderte Erwerbsfähigkeit sich bessern/verschlechtern wird?

Wenn ja, ab wann voraussichtlich?

**C. Weitere medizinischen Rehabilitation; berufliche und soziale Teilhabe**

1. Kann durch geeignete Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation der Gesundheitszustand der versicherten Person verbessert oder wiederhergestellt werden?

Nein  Ja

Welche Maßnahmen werden vorgeschlagen?

