

**ÄRZTLICHER BERICHT BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT  
(KRANKHEIT/MUTTERSCHAFT, ARBEITSUNFALL, BERUFSKRANKHEIT)**

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 19 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer ii; 1 Buchstabe b Ziffer ii; 1 Buchstabe c Ziffer ii;  
Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe b; Artikel 52 Buchstabe b; Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer ii; 1 Buchstabe b Ziffer ii und 1 Buchstabe c Ziffer ii  
Verordnung (EWG) Nr. 574/72: Artikel 18 Absätze 2 und 3; Artikel 24; Artikel 26 Absätze 5 und 7; Artikel 61 Absätze 2 und 3; Artikel 64; Artikel 65 Absätze 2 und 4

Vom Arzt des Trägers auszufüllen, der den Vordruck E 115 ausstellt, und diesem Vordruck bei Krankheit/Mutterschaft in verschlossenem Umschlag als Anlage beizufügen<sup>(2)</sup>.

**Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf den punktierten Linien schreiben. Der Vordruck umfasst drei Seiten.**

1.	Zuständiger Träger, an den der Vordruck gerichtet wird
1.1	Bezeichnung: .....
1.2	Kenn-Nr. des Trägers: .....
1.3	Anschrift: .....
1.4	Bezug: Unser Vordruck E 116 vom ..... (Datum)

2. Anlage zu Vordruck E 115 vom ..... (Datum)

3.	Der Betreffende
3.1	Name(n) <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Geburtsname(n) (falls abweichend): .....
3.3	Vorname(n): ..... Geburtsdatum: .....
3.4	Anschrift im Wohn- oder Aufenthaltsland: .....
3.5	Persönliche Kenn-Nr.: .....

4. Ich, Dr. med .....,  
habe den Obengenannten  
am ..... untersucht  
4.1 und bin der Auffassung, dass  
 Krankheit  Mutterschaft (voraussichtlicher Zeitpunkt der Entbindung: ..... )  
4.2 wahrscheinlich  
 Arbeitsunfall  Berufskrankheit  Unfall  
4.3  Rückfall oder Verschlimmerung  
vorliegt.

**A. Allgemeiner Bericht**

5. In allen Fällen auszufüllen

5.1 Vorgeschichte und derzeitige Symptome: .....

5.2 Klinischer Befund: .....

5.3 Sonstige Angaben: .....

5.4 Besondere Untersuchungen<sup>(4)</sup>: .....

5.5 Diagnose: .....

5.6 Ergebnis: .....

5.7  Arbeitsunfähigkeit nicht anerkannt.

5.8  Arbeitsunfähigkeit anerkannt  
vom ..... bis .....

5.9  Der Betreffende wird als teilweise arbeitsunfähig befunden, und zwar zu  
(..... %) vom ..... bis .....<sup>(5)</sup>

5.10  Der Betreffende wird nachuntersucht am .....

5.11  Der Betreffende ist arbeitsfähig ab .....

**B. Berichte bei Arbeitsunfall**

6. Erster ärztlicher Bericht

6.1 Der Unfall hat folgende Verletzungen verursacht<sup>(6)</sup>: .....

6.2 Diese Verletzungen  haben zur Folge gehabt:  werden zur Folge haben<sup>(7)</sup>:  
.....

6.3 Die Arbeitsunfähigkeit hat begonnen am .....

6.4 Der Unfallverletzte wird behandelt  
 zu Hause  in der Sprechstunde  
 im Krankenhaus  andernorts  
Anschrift<sup>(8)</sup>:  
.....

7.	Letzter ärztlicher Bericht	
7.1	Die Behandlung wurde am .....	abgeschlossen.
7.2	Die Verletzungen sind seit dem .....	konsolidiert.
7.3	<input type="checkbox"/> ohne Nachwirkungen	
7.4	<input type="checkbox"/> und haben voraussichtlich zur Folge: ..... ..... .....	
7.5	Ausführliche Beschreibung des Zustandes des Verletzten nach Heilung oder bei Beendigung der Behandlung: ..... ..... ..... .....	

8.	Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts	
8.1	Bezeichnung: .....	
8.2	Kenn-Nr. des Trägers: .....	
8.3	Anschrift: .....	
8.4	Stempel	8.5 Datum: .....
		8.6 Unterschrift: .....

**ANMERKUNGEN**

- (1) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz. Die Art und das Datum der Untersuchung sind anzugeben.
- (2) Vordruck E 116 ist bei *Anträgen auf Mutterschaftsleistungen, die von Belgien zu zahlen sind, nicht erforderlich. Im Fall Belgiens ist der Vordruck stets zuerst an den für die Kranken-/Mutterschaftsversicherung zuständigen belgischen Träger zu senden. In der Tschechischen Republik, in Finnland, Liechtenstein, Norwegen und Schweden wird der Vordruck vom Arzt, den die betreffende Person in Anspruch nimmt, ausgefüllt und vom Versicherungsträger bestätigt.*
- (3) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (4) Die Art und das Datum der Untersuchung sind anzugeben.
- (5) Für norwegische Träger.
- (6) Art und Sitz der Verletzungen angeben: z. B. Fraktur des Arms, Kontusionen am Kopf, an den Fingern, innere Verletzungen, Asphyxie usw.
- (7) Die feststehenden oder voraussichtlichen Folgen der festgestellten Verletzungen sind anzugeben: z. B. Tod, dauernde Voll- oder Teilarbeitsunfähigkeit; vorübergehende Voll- und Teilarbeitsunfähigkeit mit Angabe der voraussichtlichen Dauer.
- (8) Bei stationärer Behandlung ist der Name des Krankenhauses anzugeben.