



Medizinisches Attest: Hilfe von einer anderen Person
Berufskrankheitengesetzgebung für den Privatsektor

- vom Arzt auszufüllen -

< Achtung: das Ausfüllen dieses Attestes erfordert, dass die Formulare 501D und 503D schon ausgefüllt wurden.

1. Identität des Patienten/der Patientin

Nationale
Registernummer

Name

Vorname

Geburtsdatum

< siehe hinten auf den
Personalausweis
< für Frauen:
der Mädchenname
< offizieller Vorname
< Tag/Monat/Jahr

2. Medizinische Daten

→ Kann der Patient/die Patientin ohne fremde Hilfe

	Ja	Nein		Ja	Nein
sich außerhalb des Hauses fortbewegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sich vollständig waschen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sich im Hause fortbewegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sich den Oberkörper waschen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
das Essen zubereiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	zur Toilette gehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
selbst Nahrung zu sich nehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	während des ganzen Tages ohne Aufsicht bleiben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
seinen Haushalt führen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vier Stunden ohne Aufsicht bleiben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ist der Patient/die Patientin	<input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer(in) <input type="checkbox"/> abhängig von einer Sauerstofftherapie
Ist der Patient/die Patientin auch wegen einer anderen Krankheit auf fremde Hilfe angewiesen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?
Wurde der Patient/die Patientin während der letzten 12 Monate im Krankenhaus aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, fügen Sie bitte die Hospitalisierungsberichte bei
Ist das Bedürfnis nach fremder Hilfe von bleibender Art?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn nein, bis wann ist diese Hilfe notwendig? __ / __ / __

3. Identität des Arztes

Name		Stempel
Anschrift		
Telefon		
Fax		
E-mail		

Die Hilfe von einer anderen Person ist wegen einer Berufskrankheit notwendig. Ich bestätige, dass ich dieses Attest aufrichtig und vollständig ausgefüllt habe. Ich bin bereit den Ärzten von Fedris zusätzliche Information bezüglich diesen Antrags zu geben.

Datum: __ / __ / __

Unterschrift: