

# Fragebogen Gutachtenstelle

Prof. Dr. med. Olivier  
49661 Cloppenburg, Am Krankenhaus 7-9  
Postfach 1606, 49646 Cloppenburg

E-mail: [info@professor-olivier.de](mailto:info@professor-olivier.de)

Termine und Auftragsannahme:  
Gutachtensekretariat: Frau D. Hirmke

Telefon: 04471-70133-0  
Fax: 04471-70133-30

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Gutachtenpatientin, sehr geehrter Gutachtenpatient,

wir möchten Sie zur Erstellung Ihres Gutachtens um Mithilfe bitten. Füllen Sie diesen Bogen bitte schon zu Hause aus und bringen ihn zum vereinbarten Untersuchungstermin mit. Sie verkürzen damit Ihren Aufenthalt bei uns deutlich! Wir helfen gerne bei Schwierigkeiten der Beantwortung dieses Fragebogens. Rufen Sie einfach an oder wir beantworten gemeinsam diesen Fragenbogen vor Ort am Untersuchungstag.

**Wie groß, wie schwer und wie alt sind Sie?**

\_\_\_\_\_ cm - \_\_\_\_\_ kg - \_\_\_\_\_ Jahre

**Beschreiben Sie hier bitte kurz und knapp hier Ihre heutigen Beschwerden?**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**Nutzen Sie gerne aber auch die Rückseite!**

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

-----  
-----

**Erhalten Sie schon eine Rente o.ä. (z.B. Alters-, Erwerbsunfähigkeits-, BG-Rente = MdE, Schwerbehinderung = GdB und Merkzeichen – bitte angeben!)**

-----

**Sind Sie arbeitsunfähig? Wenn ja seit wann? .....**

**Sind Sie wieder arbeitsfähig? Wenn ja seit wann? .....**

**Sind Sie berufsunfähig? Wenn ja seit wann? .....**

**Welchen Beruf haben Sie zu Beginn Ihrer Krankheit/Unfall ausgeübt?**

-----

**Bestehen bei Ihnen Narben, die mit Ihrem Unfall/Erkrankung in Zusammenhang stehen? Wenn ja, wo ? Wie lang und breit sind diese jeweils?**

-----

**Stehen Sie noch in regelmäßiger Behandlung?**

nein  ja, wenn ja bei welchem Arzt / Facharzt?

Namen und Anschrift Ihre Ärzte bitte angeben/(gerne auch die Rückseite benutzen!)

-----

-----

**Rechtshänder**

**Linkshänder**

**Raucher**  \_\_\_\_\_ **Zigaretten pro Tag**

**Nichtraucher**

-----

**Von wann bis wann waren Sie in stationärer Behandlung (auch stationäre REHA)?**

-----

-----

**Bestehen bei Ihnen Vorerkrankungen, Vorunfälle, Operationen wenn ja welche? Bitte möglichst alles angeben von der Kindheit bis heute (gerne auch die Rückseite benutzen!)**

-----

-----

**Gibt es vererbare Erkrankungen des Bewegungsapparates wie Rheuma oder einen Bechterew in Ihrer Familie?**

-----

-----

**Wenn Sie nicht richtig laufen können: Wie ist Ihr Gangbild? Bitte beschreiben!**

-----  
-----

**Brauchen Sie Hilfsmittel (z.B. orthopädische Einlagen, Gehstock, Kompressionsstrümpfe, Rollator, Bandagen)? Genaue Bezeichnung bitte hier angeben:**

-----  
-----

**Können Sie sich selbständig entkleiden? Brauchen Sie Hilfe bei der Körperhygiene und/oder dem Toilettengang? Bitte beschreiben!**

-----  
-----

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Ihr Team der Gutachtenstelle  
Professor Dr. Olivier

**Ein wichtiger Tipp:** Nur bei komplexen Gutachten insbesondere im Auftrag von Gerichten benötigen wir den sogenannten **Versicherungsverlauf Ihrer Krankenkasse**.

Nur Sie können dieses Verzeichnis Ihrer bisherigen Erkrankungen und Behandlungen bei Ihrer Krankenkasse anfordern. Rufen Sie Ihre Krankenversicherung an und lassen Sie sich dann bitte einen Ausdruck zusenden, den Sie uns am Untersuchungstag hier dann gerne übergeben. Haben Sie die Krankenkasse gewechselt müssten Sie bitte auch die Vorgänger Ihrer aktuellen Krankenkasse anrufen - soweit eben die Dokumentation dort zurückreicht! Sie beschleunigen damit die Abläufe. Ohnehin ist es sinnvoll, dass auch Sie auf die Vollständigkeit von Befunden, Röntgenbildern und z.B. Arztbriefen achten, die uns vorgelegt werden.

Weitere Hinweise auch zu unseren Leistungen finden Sie auf: [www.gutachten-olivier.de](http://www.gutachten-olivier.de)

