

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

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

## **Rentengutachten – Augen – – Nachprüfung MdE –**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten das erbetene Gutachten.

1 **Klagen** der versicherten Person:

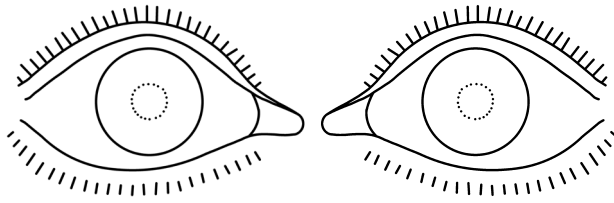
2 **Befund** (gründliche und vollständige Schilderung erforderlich):

2.1 Objektiv erkennbare Krankheitserscheinungen (Beschreibung des Allgemeinzustandes, wenn er für die Beurteilung wichtig ist oder mit der Verletzung der Augen zusammenhängt. Jedes Auge einzeln beschreiben und die beigedruckten Schemata zum Einzeichnen der äußerlich erkennbaren Veränderungen benutzen.):

...

Az.:

, Name:



rechts

links

**2.2 Sehvermögen:**

Sehschärfe nach DIN 58220

2.2.1 ohne Korrektur R

L

beidäugige Gesamtsehschärfe

2.2.2 mit Korrektur

R

dpt sph. ☉

dpt cyl.

Achse

fern

L

dpt sph. ☉

dpt cyl.

Achse

beidäugige Gesamtsehschärfe

R

dpt sph. ☉

dpt cyl.

Achse

nah

L

dpt sph. ☉

dpt cyl.

Achse

beidäugige Gesamtsehschärfe

Sonstige Abweichungen vom normalen Sehen wie etwa Gesichtsfeldausfälle (Bestimmung ausschließlich mit einer manuellkinetischen Methode und einer Markengröße entsprechend Goldmann III/4, ausgenommen Vergleichsuntersuchungen), Störungen des körperlichen Sehens usw.:

3 Entsprechen die Angaben bei der Prüfung des Sehvermögens unter Ziffer 2.2 dem objektiven Befund?

Wenn nein, welche Prüfungen wurden durchgeführt, um unabhängig vom Willen der versicherten Person das tatsächlich vorhandene Sehvermögen zu ermitteln?

Welches Ergebnis hatten die Prüfungen?

**Zusammenfassung** der noch bestehenden **Unfallfolgen**:

Az.:

, Name:

- 4 Welche Veränderungen sind nicht Folge des Unfalls? (Genaue Bezeichnung unter Angabe der Diagnose dieses Krankheitsbildes.)
- 5 Ist in den für die Höhe der Rente maßgebenden Verhältnissen eine **Änderung** gegenüber dem früheren Befund (Bl. der Unterlagen) eingetreten, z. B. durch Änderung des objektiven Befundes, durch Verringerung der Beschwerden, durch Korrektur, durch den Gebrauch von Hilfsmitteln? Inwiefern? (Vollständige Schilderung aufgrund Vergleichs mit dem früheren Befund ist erforderlich, wobei auch Lebensalter, Allgemeinbefinden, Zustand des anderen Auges, Zeitdauer nach dem Unfall, die tatsächlichen Arbeitsleistungen, wie sie sich aus dem Bericht der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers (Bl. der Unterlagen) ergeben, sinngemäß zu berücksichtigen sind; bei Einäugigen die Übung in der Schätzung von Entfernungen, Tiefen- und Höhenverhältnissen.)
- Eine Änderung ist nur wesentlich, wenn sich die durch die Unfallfolgen bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um mehr als 5 % ändert; bei Renten auf unbestimmte Zeit muss die Veränderung der MdE länger als 3 Monate andauern.
- 6 Sofern die Korrektur mit Kontaktlinse erfolgt: Bestehen objektive Gründe für die Unverträglichkeit einer Kontaktlinse?
- 7 Wird die **Erwerbsfähigkeit** durch die Unfallfolgen **jetzt noch wesentlich**, d. h. um wenigstens **10 %**, herabgesetzt?  
Wenn ja, um wie viel %, wenn die Erwerbsfähigkeit **vor** dem Unfall = 100 gesetzt wird?  
Um            %.

Az.:

, Name:

- 8 Ist zu erwarten, dass die durch den Unfall geminderte Erwerbsfähigkeit sich bessern wird (z. B. durch Änderung des objektiven Befundes, durch Verringerung der Beschwerden, durch Anpassung und Gewöhnung an die Unfallfolgen, durch Korrektur, durch ein Heilverfahren, durch den Gebrauch von Hilfsmitteln)?

Wenn ja: bis wann voraussichtlich?

- 9 Sind zur Wiederherstellung oder Besserung der Erwerbsfähigkeit der versicherten Person weitere ärztliche Maßnahmen erforderlich?

Nein  Ja

Welche Maßnahmen werden vorgeschlagen?

- 10 Kann nach Ihrer Meinung die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person durch geeignete Maßnahmen (z. B. Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz, Anlernung für eine andere Tätigkeit, Umschulung) wiederhergestellt oder gebessert werden?

Nein  Ja

Welcher Vorschlag wird ggf. gemacht?

Az.:

, Name:

11 Sonstige Bemerkungen:

Tag der Untersuchung:

Die versicherte Person erschien um            Uhr, entlassen um            Uhr.

Das Gutachten wird nach persönlicher Begegnung mit der versicherten Person sowie eigener Prüfung und Urteilsbildung erstattet.

Ich möchte eine Rückmeldung zur Einschätzung der Qualität und Verwertbarkeit des Gutachtens.

Nein

Ja

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der beauftragten Gutachterin/  
des beauftragten Gutachters

**Institutionskennzeichen (IK)**

**Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –**