

## Fragebogen nach Gutachterterminen

**Name Mandant:** \_\_\_\_\_

**Gutachter:** \_\_\_\_\_

### Hinweis:

Diesen Fragebogen bitte möglichst zeitnah nach der Begutachtung ausfüllen und an die Kanzlei zurücksenden oder zurückfaxen. Sofern der Platz nicht reicht, benutzen Sie bitte die Rückseite oder ein leeres Blatt.

Bei der Auswahl der Gutachter, die von einem Sozialgericht als Sachverständige bestellt werden, sollte nicht nur deren fachliche Kompetenz zählen, sondern auch die Akzeptanz durch die zu untersuchenden Versicherten. Rückmeldungen über die Art und Weise der Begutachtung und deren Durchführung erhält das Gericht nur selten. Dieser Fragebogen soll helfen, das Begutachtungsverfahren transparenter zu machen.

01	Datum der Untersuchung: _____
02	Ist die Praxis/Klinik, in der die Untersuchung stattgefunden hat, verkehrsgünstig erreichbar? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
03	Ist Ihnen vom Sachverständigen vor der Untersuchung eine Beschreibung der Anfahrt zugeleitet worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
04	Hat die Untersuchung durch den og. Gutachter selber stattgefunden oder sind Sie hauptsächlich durch einen Ober-/Assistenzarzt untersucht worden? <input type="checkbox"/> Untersuchung durch den Gutachter selbst <input type="checkbox"/> Untersuchung durch einen anderen <input type="checkbox"/> Arzt oder <input type="checkbox"/> Arzthelferin (bitte Namen angeben) _____ Welche Tätigkeiten hat der andere Arzt/die Arzthelferin ausgeführt? _____
05	Wurden psychologische Testverfahren (Fragebogen) durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ____Anzahl
06	Wie lange hat die Untersuchung ungefähr gedauert? _____ Gab es Pausen, wenn ja, wie oft und wie lange? _____

07	Hatten Sie das Gefühl, dass der Arzt sich mit Ihrem Fall schon vor der Begutachtung beschäftigt hat? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
08	Wurde der vorhandene Akteninhalt bzw. vorliegende Diagnosen mit Ihnen besprochen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
09	Hatten Sie ausreichend Gelegenheit, dem Arzt Ihre Beschwerden zu schildern? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  Hatten Sie das Gefühl, dass der Arzt sich Ihre Beschwerdeschilderung aufmerksam angehört hat? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  Hat der Arzt auch selbst nachgefragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> oft Fühlten Sie sich ausreichend verstanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> oft
10	War der Arzt während der Begutachtung abgelenkt, z.B. durch Telefonate, Notfälle, Gespräche mit dem Praxispersonal usw.? Falls ja, wie oft und wie lange? _____
11	Hat sich der Arzt nach Ihren Vorerkrankungen und den Erkrankungen in Ihrer Familie (Eltern und Geschwister) und Ihrem beruflichen Werdegang erkundigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12	Hatten Sie den Eindruck, dass Sie gründlich untersucht worden sind? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
13	Hatten Sie während der Begutachtung Schmerzen? Falls ja, ist der Arzt darauf eingegangen?
14	Welche Untersuchungen sind durchgeführt worden?

15 Waren Ihnen Untersuchungen unangenehm? Falls ja, welche und warum?

nein       ja, weil

16 Hat sich der Arzt Ihnen gegenüber zum Ergebnis der Untersuchung geäußert oder zu Vorgutachten Beurteilungen abgegeben?

nein       ja, er hat dazu gesagt:

17 Bitte beurteilen Sie die Begutachtung durch ankreuzen:

	sehr gut	gut	ordentlich	schlecht	sehr schlecht
Empfang / Aufnahme					
Wartezeit vor der Begutachtung					
Wartezeit während den Untersuchungen					
Freundlichkeit des Gutachters					
Aufmerksamkeit des Gutachters					

18 Wie haben Sie Sich nach dem Untersuchungstermin gefühlt? Bitte ankreuzen:

	überhaupt nicht	wie üblich	stärker als sonst:		
			etwas	deutlich	massiv
erschöpft/müde					
Kopfschmerzen					
Rückenschmerzen					
Verspannungen – wo?					

	Sonstiges – was?						

19 Hat man Ihnen während des Untersuchungszeitraums angeboten, Pausen zu machen?  
 nein       ja

20 Wurden Sie während oder nach den Untersuchungen danach befragt, ob Sie sich müde oder erschöpft fühlten, Schmerzen haben oder wie es Ihnen geht?  
 nein       ja

Hatten Sie eine Begleitperson zu den ärztlichen Untersuchungen mitgenommen?  
 nein       ja, und zwar \_\_\_\_\_

Hat der Gutachter die Anwesenheit dieser Person bei den Untersuchungen akzeptiert?  
 nein       ja

Wenn nein, mit welchen Argumenten nicht?

21

Bitte schildern Sie ggf. Einzelheiten zu den Fragen:

Weitere Anmerkungen zum Befinden während oder nach der Untersuchung.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift