

Fragebogen über ärztliche Behandlungen und Untersuchungen

I. Ärzte, von denen ich ambulant behandelt worden bin		
1.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: Bis:
2.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: Bis:
3.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: Bis:
4.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: Bis:
5.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: Bis:
6.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: Bis:

7.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>

II. Krankenanstalten, in denen ich stationär behandelt worden bin

1.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
2.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
3.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
4.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
5.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	

	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:
6.	Name der Krankenanstalt		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Name des Arztes / der Ärztin		
	Fachrichtung / Fachabteilung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:

III. Andere Verfahren, in denen ich ärztlich untersucht worden bin				
1.	Veranlassende Behörde *)			
	Aktenzeichen der Behörde			
	Straße und Hausnummer			
	PLZ und Ort			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	Fachrichtung / Fachabteilung			
	Behandlungsgrund	Wegen:		
	Behandlungszeitraum	Von: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td></tr></table> Bis: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td></tr></table>		
2.	Veranlassende Behörde *)			
	Aktenzeichen der Behörde			
	Straße und Hausnummer			
	PLZ und Ort			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	Fachrichtung / Fachabteilung			
	Behandlungsgrund	Wegen:		
	Behandlungszeitraum	Von: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td></tr></table> Bis: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td></tr></table>		
3.	Veranlassende Behörde *)			
	Aktenzeichen der Behörde			
	Straße und Hausnummer			
	PLZ und Ort			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	Fachrichtung / Fachabteilung			
	Behandlungsgrund	Wegen:		
	Behandlungszeitraum	Von: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td></tr></table> Bis: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td></tr></table>		
4.	Veranlassende Behörde *)			
	Aktenzeichen der Behörde			
	Straße und Hausnummer			
	PLZ und Ort			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	Fachrichtung / Fachabteilung			
	Behandlungsgrund	Wegen:		
	Behandlungszeitraum	Von: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td></tr></table> Bis: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td></tr></table>		
5.	Veranlassende Behörde *)			
	Aktenzeichen der Behörde			
	Straße und Hausnummer			
	PLZ und Ort			
	Name des Arztes / der Ärztin			

	Fachrichtung / Fachabteilung		
	Behandlungsgrund	Wegen:	
	Behandlungszeitraum	Von:	Bis:

*) Behörde bzw. Versicherungsanstalt (z.B. Unfall-, Kranken-, Pflege-, Rentenversicherung,