



IHRE DATEN

.....
- Vorname Name - - Geburtsdatum -

.....
- Anschrift -

.....
- Telefon mobil - - Telefon Festnetz - - Telefax -

..... Mit Korrespondenz per E-Mail einverstanden: JA NEIN
- E-Mail-Adresse -

Haben Sie bereits einen Grad der Behinderung (GdB): JA NEIN wenn JA, wieviel?

HAUSARZT

.....
- Name und Anschrift -

KRANKENKASSE

.....
- Name der Krankenkasse - - Versichertennummer -

IHRE BESCHWERDEN (von Kopf bis Fuß) - bitte unbedingt alle Beschwerden aufzählen, egal, ob Sie deswegen beim Arzt sind oder nicht.

| KÖRPERTEIL (z.B. Kopf) | BESCHWERDEN (z.B. Kopfschmerzen, Schwerhörigkeit, Tinnitus, Schwindelgefühl) | HÄUFIGKEIT (dauernd, oft, selten) |
|------------------------|--|-----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| KÖRPERTEIL (z.B. Kopf) | BESCHWERDEN (z.B. Kopfschmerzen, Schwerhörigkeit, Tinnitus, Schwindelgefühl) | HÄUFIGKEIT (dauernd, oft, selten) |
|------------------------|--|-----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Sollte der Platz hier nicht genügen, schreiben Sie bitte auf einem anderen Blatt weiter.