

IHRE DATEN

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

.....
- Anschrift -

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

HAUSARZT (Name und Anschrift) :
.....

FACHÄRZTE (Name, Anschrift UND Fachrichtung) :
.....
.....
.....
.....

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.