

# 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: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> Bis: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
2.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> Bis: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
3.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> Bis: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
4.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> Bis: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
5.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> Bis: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
6.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> Bis: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
7.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> Bis: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>

<b>II. Krankenanstalten, in denen ich stationär behandelt worden bin</b>				
1.	Name der Krankenanstalt			
	Straße und Hausnummer			
	PLZ und Ort			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	Fachrichtung / Fachabteilung			
	Behandlungsgrund	Wegen:		
	Behandlungszeitraum	Von: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table> Bis: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table>		
2.	Name der Krankenanstalt			
	Straße und Hausnummer			
	PLZ und Ort			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	Fachrichtung / Fachabteilung			
	Behandlungsgrund	Wegen:		
	Behandlungszeitraum	Von: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table> Bis: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table>		
3.	Name der Krankenanstalt			
	Straße und Hausnummer			
	PLZ und Ort			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	Fachrichtung / Fachabteilung			
	Behandlungsgrund	Wegen:		
	Behandlungszeitraum	Von: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table> Bis: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table>		
4.	Name der Krankenanstalt			
	Straße und Hausnummer			
	PLZ und Ort			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	Fachrichtung / Fachabteilung			
	Behandlungsgrund	Wegen:		
	Behandlungszeitraum	Von: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table> Bis: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table>		
5.	Name der Krankenanstalt			
	Straße und Hausnummer			
	PLZ und Ort			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	Fachrichtung / Fachabteilung			
	Behandlungsgrund	Wegen:		
	Behandlungszeitraum	Von: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table> Bis: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table>		
6.	Name der Krankenanstalt			
	Straße und Hausnummer			
	PLZ und Ort			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	Fachrichtung / Fachabteilung			
	Behandlungsgrund	Wegen:		
	Behandlungszeitraum	Von: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table> Bis: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table>		

<b>III. Andere Verfahren, in denen ich ärztlich untersucht worden bin</b>				
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; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table> Bis: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></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; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table> Bis: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></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; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table> Bis: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></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; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table> Bis: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></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: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table> Bis: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 100px; height: 15px;"></td></tr></table>		

\*) Behörde bzw. Versicherungsanstalt (z.B. Unfall-, Kranken-, Pflege-, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft), welche die Untersuchung veranlasst hat.