

Fragebogen zur Person

| I. Angaben zur Person | | |
|------------------------------|--------------|--|
| 1. | Geburtsort | |
| 2. | Geburtsdatum | |

| II. A) Angaben zur beruflichen Qualifikation | | |
|-----------------------------------------------------|------------------------|--|
| 1. | Erlerner Beruf | |
| 2. | Lehre und Anlernzeiten | |
| 3. | Abgelegte Prüfungen | |

| II. B) Angaben zu tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten | | | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|------|------|
| 1. | Name des Arbeitgebers | | |
| | Straße und Hausnummer | | |
| | PLZ und Ort | | |
| | Branche | | |
| | Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit | | |
| | Beschäftigungszeitraum | Von: | Bis: |
| 2. | Name des Arbeitgebers | | |
| | Straße und Hausnummer | | |
| | PLZ und Ort | | |
| | Branche | | |
| | Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit | | |
| | Beschäftigungszeitraum | Von: | Bis: |
| 3. | Name des Arbeitgebers | | |
| | Straße und Hausnummer | | |
| | PLZ und Ort | | |
| | Branche | | |
| | Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit | | |
| | Beschäftigungszeitraum | Von: | Bis: |
| 4. | Name des Arbeitgebers | | |
| | Straße und Hausnummer | | |
| | PLZ und Ort | | |
| | Branche | | |
| | Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit | | |
| | Beschäftigungszeitraum | Von: | Bis: |
| 5. | Name des Arbeitgebers | | |
| | Straße und Hausnummer | | |
| | PLZ und Ort | | |
| | Branche | | |
| | Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit | | |
| | Beschäftigungszeitraum | Von: | Bis: |

| III. Verfahren, in denen ich ärztlich untersucht worden bin | | |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1. | Unfallversicherung | |
| | Berufsgenossenschaft | |
| | Aktenzeichen | |
| | Name des Arztes / der Ärztin | |
| | Behandlungsgrund | Wegen: |
| | Behandlungszeitraum | Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/> |
| 2. | Rentenversicherung | |
| | Versicherungsanstalt | |
| | Aktenzeichen | |
| | Name des Arztes / der Ärztin | |
| | Behandlungsgrund | Wegen: |
| | Behandlungszeitraum | Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/> |
| 3. | Arbeitslosenversicherung | |
| | Agentur für Arbeit | |
| | Aktenzeichen | |
| | Name des Arztes / der Ärztin | |
| | Behandlungsgrund | Wegen: |
| | Behandlungszeitraum | Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/> |
| 4. | Kriegsopferversorgung | |
| | Versorgungsamt | |
| | Aktenzeichen | |
| | Name des Arztes / der Ärztin | |
| | Behandlungsgrund | Wegen: |
| | Behandlungszeitraum | Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/> |
| 5. | Schwerbehindertengesetz | |
| | Versorgungsamt | |
| | Aktenzeichen | |
| | Name des Arztes / der Ärztin | |
| | Behandlungsgrund | Wegen: |
| | Behandlungszeitraum | Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/> |
| 6. | Pflegeversicherung | |
| | Pflegekasse | |
| | Aktenzeichen | |
| | Name des Arztes / der Ärztin | |
| | Behandlungsgrund | Wegen: |
| | Behandlungszeitraum | Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/> |
| 7. | | |
| | Versicherungsträger | |
| | Aktenzeichen | |
| | Name des Arztes / der Ärztin | |
| | Behandlungsgrund | Wegen: |
| | Behandlungszeitraum | Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/> |

| IV. 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: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/> |
| 2. | Name des Arztes / der Ärztin | |
| | Straße und Hausnummer | |
| | PLZ und Ort | |
| | Fachrichtung | |
| | Behandlungsgrund | Wegen: |
| | Behandlungszeitraum | Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/> |
| 3. | Name des Arztes / der Ärztin | |
| | Straße und Hausnummer | |
| | PLZ und Ort | |
| | Fachrichtung | |
| | Behandlungsgrund | Wegen: |
| | Behandlungszeitraum | Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/> |
| 4. | Name des Arztes / der Ärztin | |
| | Straße und Hausnummer | |
| | PLZ und Ort | |
| | Fachrichtung | |
| | Behandlungsgrund | Wegen: |
| | Behandlungszeitraum | Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/> |
| 5. | Name des Arztes / der Ärztin | |
| | Straße und Hausnummer | |
| | PLZ und Ort | |
| | Fachrichtung | |
| | Behandlungsgrund | Wegen: |
| | Behandlungszeitraum | Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/> |
| 6. | Name des Arztes / der Ärztin | |
| | Straße und Hausnummer | |
| | PLZ und Ort | |
| | Fachrichtung | |
| | Behandlungsgrund | Wegen: |
| | Behandlungszeitraum | Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/> |
| 7. | Name des Arztes / der Ärztin | |
| | Straße und Hausnummer | |
| | PLZ und Ort | |
| | Fachrichtung | |
| | Behandlungsgrund | Wegen: |
| | Behandlungszeitraum | Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/> |

| V. 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: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/> |
| 6. | 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"/> |

| VI. Krankenkassen, bei denen ich versichert bin | | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|------|------|
| 1. | Name der Krankenkasse | | |
| | Straße und Hausnummer | | |
| | PLZ und Ort | | |
| | Versicherungszeitraum | Von: | Bis: |
| 2. | Name der Krankenkasse | | |
| | Straße und Hausnummer | | |
| | PLZ und Ort | | |
| | Versicherungszeitraum | Von: | Bis: |
| 3. | Name der Krankenkasse | | |
| | Straße und Hausnummer | | |
| | PLZ und Ort | | |
| | Versicherungszeitraum | Von: | Bis: |
| 4. | Name der Krankenkasse | | |
| | Straße und Hausnummer | | |
| | PLZ und Ort | | |
| | Versicherungszeitraum | Von: | Bis: |
| 5. | Name der Krankenkasse | | |
| | Straße und Hausnummer | | |
| | PLZ und Ort | | |
| | Versicherungszeitraum | Von: | Bis: |

| VII. Krankengeld, das ich zuletzt bezogen habe | | | |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------|------|------|
| 1. | Name der Krankenkasse | | |
| | Straße und Hausnummer | | |
| | PLZ und Ort | | |
| | Bezugszeitraum | Von: | Bis: |
| | Zuletzt in monatlicher Höhe von | | |
| | Bei Aussteuerung, seit wann? | | |

| VIII. Arbeitslosengeld, -hilfe oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|------|
| 1. | Name der Agentur für Arbeit | | |
| | Straße und Hausnummer | | |
| | PLZ und Ort | | |
| | Bezugszeitraum | Von: | Bis: |
| 2. | Name der Agentur für Arbeit | | |
| | Straße und Hausnummer | | |
| | PLZ und Ort | | |
| | Bezugszeitraum | Von: | Bis: |