

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:
2.	Name des Arbeitgebers	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Branche	
	Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit	
	Beschäftigungszeitraum	Von:
3.	Name des Arbeitgebers	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Branche	
	Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit	
	Beschäftigungszeitraum	Von:
4.	Name des Arbeitgebers	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Branche	
	Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit	
	Beschäftigungszeitraum	Von:
5.	Name des Arbeitgebers	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Branche	
	Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit	
	Beschäftigungszeitraum	Von:

III. Verfahren, in denen ich ärztlich untersucht worden bin				
1.	Unfallversicherung			
	Berufsgenossenschaft			
	Aktenzeichen			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	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.	Rentenversicherung			
	Versicherungsanstalt			
	Aktenzeichen			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	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.	Arbeitslosenversicherung			
	Agentur für Arbeit			
	Aktenzeichen			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	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.	Kriegsopferversorgung			
	Versorgungsamt			
	Aktenzeichen			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	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.	Schwerbehindertengesetz			
	Versorgungsamt			
	Aktenzeichen			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	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.	Pflegeversicherung			
	Pflegekasse			
	Aktenzeichen			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	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>		
7.				
	Versicherungsträger			
	Aktenzeichen			
	Name des Arztes / der Ärztin			
	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>		

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: