

Name:	
Vorname:	
Strasse Nr.:	
PLZ Ort:	
Geburtsdatum:	
Versichertennummer:	

<p>1. Diagnose? (inkl. Unfälle, Unfallfolgen)</p> <p>Grösse / Gewicht:</p>	
2. Wann erfolgte die erste Behandlung bei Ihnen?	
3. Art der Behandlung?	
<p>4. Handelt es sich um Unfallfolgen?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ wenn ja, Datum des Unfalls 	
<p>5. Ist die Abheilung erfolgt?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ wenn ja, Behandlungsabschluss? 	
6. Besteht Rückfallgefahr?	
7. Können Spätfolgen auftreten?	
8. Voraussichtliche Dauer der jetzigen Behandlung?	
<p>9. Ist in näherer Zukunft mit einer</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Spitalbehandlung ■ Kur ■ Arbeitsunfähigkeit zu rechnen? 	

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes