



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

1. Diagnose? (inkl. Unfälle, Unfallfolgen) Grösse / Gewicht:	
2. Wann erfolgte die erste Behandlung bei Ihnen?	
3. Art der Behandlung?	
4. Handelt es sich um Unfallfolgen? ■ wenn ja, Datum des Unfalls	
5. Ist die Abheilung erfolgt? ■ wenn ja, Behandlungs- abschluss?	
6. Besteht Rückfallgefahr?	
7. Können Spätfolgen auftreten?	
8. Voraussichtliche Dauer der jetzigen Behandlung?	
9. Ist in näherer Zukunft mit einer ■ Spitalbehandlung ■ Kur ■ Arbeitsunfähigkeit zu rechnen?	

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes