

Selbstauskunftsbogen

Bitte füllen Sie die für Sie zutreffenden Angaben aus.

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

14. Sonstige Krankheiten

1. Wie wurde die Verletzung ärztlicherseits bezeichnet?

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

3. Von wann bis wann und wie oft wurden Sie behandelt?

4. Wie wurde behandelt?

5. Bestehen jetzt noch Beschwerden/Folgen?

Ja Nein

• wenn Ja, welche?

6. Waren Sie arbeitsunfähig?

Ja Nein

• wenn Ja, weshalb?

• wie lange?

• wie oft?

7. Welche Behandlungen sind geplant bzw. erforderlich?

8. Wurden Sie operiert?

Ja Nein

• welche Operation erfolgte?

• Wann und durch wen erfolgte die letzte Behandlung oder Untersuchung (Name, Adresse)?

9. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?