

Angaben zum Gesundheitszustand - Ergänzungen

Name / Vorname _____


Geschlecht männlich weiblich divers

Geburtsdatum _____


Mitglieds-Nr. _____


zu Punkt **1**

Sind oder waren Sie in den letzten **10 Jahren** in Beratung, Behandlung oder zur Untersuchung?

 bei Ihrem Hausarzt

 bei Fachärzten

 in Krankenhäusern oder Rehakliniken

 bei heilberuflich fähigen Personen (Arzt, Heilpraktiker, Psychologe, Psychotherapeut, Therapeut etc.)

zu Punkt ____

zu Punkt ____

zu Punkt ____

zu Punkt **13**

Planen Sie oder wurde Ihnen **geraten** zu einer Behandlung, Beratung, Operation oder Untersuchung, die innerhalb der nächsten 12 Monate erfolgen soll?
