

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht  m  w  d

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?

---

---

---

---

---

---