

## Fragebogen zur Person

### I. Angaben zur Person

1.	Geburtsort	
2.	Geburtsdatum	

### II. A) Angaben zur beruflichen Qualifikation

1.	Erlerner Beruf	
2.	Lehre und Anlernzeiten	
3.	Abgelegte Prüfungen	

### II. B) Angaben zu tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten

1.	Name des Arbeitgebers		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Branche		
	Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit		
	Beschäftigungszeitraum	Von:	Bis:
2.	Name des Arbeitgebers		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Branche		
	Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit		
	Beschäftigungszeitraum	Von:	Bis:
3.	Name des Arbeitgebers		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Branche		
	Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit		
	Beschäftigungszeitraum	Von:	Bis:
4.	Name des Arbeitgebers		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Branche		
	Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit		
	Beschäftigungszeitraum	Von:	Bis:
5.	Name des Arbeitgebers		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Branche		
	Tatsächlich ausgeübte Tätigkeit		
	Beschäftigungszeitraum	Von:	Bis:

**III. Verfahren, in denen ich ärztlich untersucht worden bin**

1.	<b>Unfallversicherung</b>	
	Berufsgenossenschaft	
	Aktenzeichen	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
2.	<b>Rentenversicherung</b>	
	Versicherungsanstalt	
	Aktenzeichen	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
3.	<b>Arbeitslosenversicherung</b>	
	Agentur für Arbeit	
	Aktenzeichen	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
4.	<b>Kriegsopferversorgung</b>	
	Versorgungsamt	
	Aktenzeichen	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
5.	<b>Schwerbehindertengesetz</b>	
	Versorgungsamt	
	Aktenzeichen	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
6.	<b>Pflegeversicherung</b>	
	Pflegekasse	
	Aktenzeichen	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
7.		
	Versicherungsträger	
	Aktenzeichen	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>

<b>IV. Ärzte, von denen ich ambulant behandelt worden bin</b>		
1.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: Bis:
2.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: Bis:
3.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: Bis:
4.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: Bis:
5.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: Bis:
6.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: Bis:
7.	Name des Arztes / der Ärztin	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Fachrichtung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: Bis:

<b>V. Krankenanstalten, in denen ich stationär behandelt worden bin</b>		
1.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
2.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
3.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
4.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
5.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>
6.	Name der Krankenanstalt	
	Straße und Hausnummer	
	PLZ und Ort	
	Name des Arztes / der Ärztin	
	Fachrichtung / Fachabteilung	
	Behandlungsgrund	Wegen:
	Behandlungszeitraum	Von: <input type="text"/> Bis: <input type="text"/>

**VI. Krankenkassen, bei denen ich versichert bin**

1.	Name der Krankenkasse		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Versicherungszeitraum	Von:	Bis:
2.	Name der Krankenkasse		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Versicherungszeitraum	Von:	Bis:
3.	Name der Krankenkasse		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Versicherungszeitraum	Von:	Bis:
4.	Name der Krankenkasse		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Versicherungszeitraum	Von:	Bis:
5.	Name der Krankenkasse		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Versicherungszeitraum	Von:	Bis:

**VII. Krankengeld, das ich zuletzt bezogen habe**

1.	Name der Krankenkasse		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Bezugszeitraum	Von:	Bis:
	Zuletzt in monatlicher Höhe von		
	Bei Aussteuerung, seit wann?		

**VIII. Arbeitslosengeld, -hilfe oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit**

1.	Name der Agentur für Arbeit		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Bezugszeitraum	Von:	Bis:
2.	Name der Agentur für Arbeit		
	Straße und Hausnummer		
	PLZ und Ort		
	Bezugszeitraum	Von:	Bis: