

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:



Dr. med. Scheper, Schneider & Veit

Selbstauskunftsbogen zur Reha oder Mutter-/Vater-Kind-Kur:

(bitte in **Druckbuchstaben** ausfüllen)

Jetzige Beschwerden (mit eigenen Worten)	
Krankheitsvorgeschichte	
Wer sind Ihre mitbehandelnde Ärzte?	
Welches Ziel soll diese Kur für Sie haben?	
Was brauchen Sie um Ihr Ziel erreichen zu können?	
Was können Sie selbst dazu tun, um Ihr Ziel zu erreichen?	

Vielen Dank!