

Muster

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S Sch St T U V W XYZ

www.er-leben.de

Geburts- tag Geburts- ort	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*)	Patienten-Nr.:				M	F	R	P	
	Name, Vorname des Versicherten								Hausarzt, Konsiliararzt		Facharzt						
	geb. Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status								Ehepartner, Angehörige/r, Freund/e								
	Vertragsarzt VK gültig bis Datum								Familienstand seit								
Privattelefon				Fax				1. Kind				2. Kind					
Diensttelefon				Fax				Körpergröße		Gewicht		RR		/		mmHg Puls	
Überweisung durch								Schulabschluss				seit					
Klinkaufenthalte								1. Beruf				seit					
								2. Beruf				seit					
								Derzeitige Tätigkeit				Arbeitsunfähigkeit (in den letzten 12 Monaten)					

Hauptprobleme (in den letzten 6 Monaten)	ICD-10 Diagnose/n:	Bewilligungen: Kth:
Symptome und Medikation (in den letzten 6 Monaten)	Therapieentscheidung:	LIV/Umwandlung:
Ambulante Psychotherapien (in den letzten 3 Jahren; von-bis)	Überweisung:	1. Verlängerung:
	Konsiliarbericht:	2. Verlängerung:
		Gutachter: