

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

4 Über Ihre gesundheitlichen Beschwerden hinaus: Sind Sie durch irgendetwas besonders belastet?
(zum Beispiel Pflege oder Krankheit von Angehörigen, Belastungen in Partnerschaft oder Familie)

5 Uns interessiert, welche Erfahrungen Sie in den letzten 2 Jahren mit Behandlungen gemacht haben.
(zum Beispiel Krankengymnastik, Spritzen, Medikamente, Operationen, Gespräche, Psychotherapie, alternative Heilmethoden) **Welche Behandlungen haben Ihnen gut geholfen?**

6 Gab es in den letzten 2 Jahren Tage, an denen Sie sich arbeitsunfähig gefühlt haben und Sie trotzdem arbeiten gegangen sind?

nein ja

Wenn ja, bitte erläutern:

7 Zum Schluss noch eine allgemeine Frage:
Wie schätzen Sie im Großen und Ganzen Ihren derzeitigen Gesundheitszustand ein?
(Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an.)

sehr gut eher gut durchschnittlich eher schlecht sehr schlecht

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Mitarbeit.
Das Ärzteteam Ihrer Deutschen Rentenversicherung

Ort, Datum

Unterschrift

