

Aktenzeichen:

Sozialgericht Fulda
Am Hopfengarten 3
36037 Fulda

ERKLÄRUNG

In dem Rechtsstreit ./.

teile ich dem Gericht mit:

(Bitte jeweils vollständige Anschrift –Straße, Hausnummer, PLZ, Ort- angeben)

a) Mein Hausarzt / meine Hausärztin ist:

Name

Anschrift seit

b) Außerdem befinde ich mich zurzeit in ärztlicher Behandlung bei:

1. Name Fachrichtung

Anschrift von (Datum) bis (Datum)

2. Name Fachrichtung

Anschrift von (Datum) bis (Datum)

3. Name Fachrichtung

Anschrift von (Datum) bis (Datum)

4. Name Fachrichtung

Anschrift von (Datum) bis (Datum)

Reicht der vorgesehene Platz nicht aus, um alle behandelnden Ärzte anzugeben, so fügen Sie diesem Formular bitte ein zusätzliches Blatt bei.

c) In den letzten zwei Jahren wurde ich außer von den bereits Genannten noch von folgenden Ärzten/Ärztinnen bzw. in folgenden Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen behandelt bzw. untersucht:

1. Name Fachrichtung

Anschrift vom/bis bzw. am

2. Name Fachrichtung

Anschrift vom/bis bzw. am

3. Name Fachrichtung

Anschrift vom/bis bzw. am

