

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

2.5 Sofern für Sie eine Rehabilitation in Frage kommt: Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an eine Rehabilitation?

Eine Rehabilitation kommt in Betracht:

nein ja

2.6 Wünschen Sie Unterstützung bei:

Bluthochdruck Zuckerkrankheit Gewichtsproblem

Stress Alkoholproblem Nikotinproblem

Sonstiges: _____

2.7 Gibt es weitere Erkrankungen beziehungsweise Behinderungen, die für Sie von Bedeutung sind?
(Bitte erläutern!)

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

Uns interessiert, welche Erfahrungen Sie in den letzten 2 Jahren mit Behandlungen gemacht haben.

2.9 Welche Behandlungen haben Ihnen gut geholfen?

(zum Beispiel Krankengymnastik, Spritzen, Medikamente, Operationen, Gespräche, Psychotherapie, alternative Heilmethoden)

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

nein ja, bitte erläutern:

Zum Schluss noch eine allgemeine Frage:

2.11 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