



Datum: _____ (Lfd. Nr.: _____)

Fragebogen Info-Gespräch

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon-/Handy-Nummer: _____

E-Mail: _____

Name der Rentenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Name der Krankenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Vorgestellt durch: _____

Ambulanter Facharzt/-ärztin / Neurologe/-in / Psychologe/-in: _____

Wovon lebe ich im Moment?

- ☐ Bürgergeld
- ☐ Arbeitslosengeld I (seit wann): _____
- ☐ Leistungen der Grundsicherung nach dem Sozialgesetzbuch 12
- ☐ Krankengeld (seit wann): _____
- ☐ Erwerbsminderungsrente
- ☐ Anderes: _____

Persönlicher Wunsch:
Stationär / Ambulant
(Zutreffendes einkreisen)

Beschäftigungszeiten (Arbeit) der letzten 2 Jahre waren/sind:

☐ Ich war mehr als 5 Jahre sozialversicherungspflichtig beschäftigt

Termin zur fachärztlichen Stellungnahme:

Unterschrift Mitarbeiter: