

Absender:

Bitte unterschrieben zurück:

An die Geschäftsstelle des
Sozialgerichts Oldenburg
Schloßwall 16
26122 Oldenburg

Aktenzeichen:

Fragebogen über medizinische Behandlungen

in dem Rechtsstreit

1. Mitgliedschaft in Krankenkassen und Zeitraum eines eventuellen Krankengeldbezuges:

| Name und vollständige Anschrift der Krankenkasse | Zeitraum der Mitgliedschaft |
|--|-----------------------------|
| | |

2. Behandlungen und Untersuchungen bei Ärzten, in Krankenhäusern oder Reha-Kliniken:

| Name und vollständige Anschrift des Arztes / des Krankenhauses / der Reha-Klinik | Von wann bis wann in Behandlung? | Wegen welcher Leiden? |
|--|----------------------------------|-----------------------|
| | | |

| Name und vollständige Anschrift des Arztes / des Krankenhauses / der Reha-Klinik | Von wann bis wann in Behandlung? | Wegen welcher Leiden? |
|--|----------------------------------|-----------------------|
| | | |

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift bzw. des gesetzlichen Vertreters