



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

