

Name der versicherten Person	VSNR	Aktenzeichen
------------------------------	------	--------------

**Fragebogen zur Ausbildung  
(zum Antrag vom )**

Welche **Schulbildung** haben Sie absolviert? (Hauptschule, Gymnasium, Fachhochschule, Universität)

Art der Schule	von	bis	Abschluss ja - nein
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Welche **Berufsausbildung** (Lehre, ...) haben Sie absolviert?

Art der Berufsausbildung	von	bis	Abschluss ja - nein
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Haben Sie sonstige **Aus- und Weiterbildungen** (z.B. Schulungen, Kurse, ...) absolviert?

Art der Ausbildung	von	bis	Abschluss ja - nein
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

-----  
Ort und Datum

-----  
Unterschrift