

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

**Fragebogen zum Gesundheitszustand
(zum Antrag vom)**

7.1 Aufgrund welcher **gesundheitlichen Beschwerden** können Sie **derzeit** nicht mehr ausreichend arbeiten?

Krankheit	seit

7.2 Haben Sie noch **andere Leiden** bzw. **schwere Erkrankungen** mit längerer Behandlungsdauer?

Art des Leidens bzw. der schweren Erkrankung	Zeitraum

7.3 Welche **Medikamente** nehmen Sie derzeit ein?

Name des Medikamentes	fallw.	regelm.	seit
	<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"/>	

7.4 Bei welchen **Ärzten** stehen Sie in Behandlung?

Name	Fachrichtung	Adresse

7.5 Bitte führen Sie **Krankenhausaufenthalte, Operationen** und **Unfälle** in zeitlicher Reihenfolge an (letzten **fünf** Jahre)

Krankenhaus	Aufenthaltsgrund	Zeitraum

		ja – nein
7.6	Können Sie aufgrund eines Leidens nicht zu einer ärztlichen Untersuchung kommen? Wenn ja: ärztliche Bestätigung von Ihrem behandelnden Arzt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.7	Wurden Sie bereits über das Arbeitsmarktservice in der Pensionsversicherungsanstalt untersucht („PVA-Gesundheitsstraße“)? Wenn ja: Datum der Untersuchung:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.8	Sind Sie durch einen Unfall (z.B. Arbeitsunfall, Verkehrsunfall) oder einer Körperverletzung durch Fremdverschulden beeinträchtigt? Wenn ja: Form PPS-200203: <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.9	Leiden Sie an einer Berufskrankheit? Wenn ja: Bescheid der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.10	Beziehen Sie Pflegegeld oder haben Sie bereits Pflegegeld beantragt? Wenn ja: Auszahlende Stelle:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.11	Beantragen Sie wegen Pflegebedürftigkeit Pflegegeld? Wenn ja: Form PPS-190102 <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt bei	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

.....
Datum

.....
Unterschrift

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Homepage unter www.svagw.at/vvt.