

## Ärztlicher Bericht

Name des Versicherten/Antragstellers: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Festgestellte Diagnose:

Kurze Vorgeschichte (Anamnese):

Durchgeführte Therapie:

Histologischer Befund/evtl. Laborwerte:

Dauer eines evtl. Krankenhausaufenthalts/ einer ambulanten Behandlung:

Behandlungserfolg:

Noch erforderliche Therapie:

Ergebnis der letzten Nachuntersuchung:

Prognose:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes