

## Antrag auf Leistungen nach Erkrankung (Berufskrankheit)

### 1. Personendaten

Sozialversicherungsnummer

Familienname, Vorname

Wohnadresse (*Straße, Hausnummer, Stiege/Stock/Tür, PLZ, Ort*)

Telefonnummer

### 2. Antragsdaten

Beginn der Erkrankung

Art der Erkrankung

**Ärztliche Behandlung**       ja       nein

**Im Krankenhaus:**

Name und Adresse des Krankenhauses (*Mehrfachnennung möglich*)

Behandlung seit:

**Außerhalb des Krankenhauses (Ärztin/Arzt, Ambulatorium, Institut):**

Name und Adresse (*Mehrfachnennung möglich*)

Behandlung seit:

Sonstige Anmerkungen

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Bitte alle zweckdienlichen Unterlagen beilegen!**