

Antrag auf (Erhöhung von) Leistungen wegen Verschlimmerung der Beschwerden

1. Personendaten

Sozialversicherungsnummer

Familienname, Vorname

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

Telefonnummer

2. Antragsdaten

Versicherungsfall:

Arbeitsunfall Berufskrankheit Dienstbeschädigung vom

Aktenzeichen:

In meinen Beschwerden ist folgende Änderung (*Verschlimmerung*) eingetreten:

Neuerliche 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!