



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

Ergänzungsblatt zum Vordruck R210

1 Angaben zur Person

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum
	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

zu 5. Beschäftigungsübersicht

Zeitraum vom - bis	Genaue Bezeichnung der Beschäftigung / Tätigkeit	Bezeichnung des Tarifvertrags Gehalts- / Lohngruppe	aufgegeben wegen (z. B. Krankheit, Kündigung)

Ärztliche Behandlung

zu 9. ambulante Behandlung

Arzt (Name, Vorname, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung wegen	vom - bis
Arzt (Name, Vorname, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung wegen	vom - bis
Arzt (Name, Vorname, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung wegen	vom - bis
Arzt (Name, Vorname, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung wegen	vom - bis

stationäre Krankenhausbehandlung

Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung wegen	vom - bis
Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung wegen	vom - bis
Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung wegen	vom - bis
Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung wegen	vom - bis



R211

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)**Ergänzungsblatt**
zum Vordruck R210**1 Angaben zur Person**

Name, Vorname, Geburtsname

Geburtsdatum

zu 5. Beschäftigungsübersicht

Zeitraum vom - bis	Genaue Bezeichnung der Beschäftigung / Tätigkeit	Bezeichnung des Tarifvertrags Gehalts- / Lohngruppe	aufgegeben wegen (z. B. Krankheit, Kündigung)

Ärztliche Behandlung**zu 9. ambulante Behandlung**

Arzt (Name, Vorname, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung wegen	vom - bis
Arzt (Name, Vorname, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung wegen	vom - bis
Arzt (Name, Vorname, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung wegen	vom - bis
Arzt (Name, Vorname, genaue Anschrift, Tel.-Nr.)	Behandlung wegen	vom - bis

stationäre Krankenhausbehandlung

Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung wegen	vom - bis
Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung wegen	vom - bis
Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung wegen	vom - bis
Name, genaue Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station	Behandlung wegen	vom - bis