

Zentrum Bayern Familie und Soziales  
Region Oberfranken / Versorgungsamt

95440 Bayreuth

Fachärzte für  
Allgemeinmedizin



Dr. med. Franz Rudel  
Dr. med. Doris Selder

Sehr geehrte Damen und Herren,

R®

Aufgrund folgender Behinderungen bzw. Erkrankungen bitte ich um Feststellung des Grades der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE%), bzw. Feststellung des Grades der Verschlimmerung (sog. Verschlimmerungsantrag):

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

Antragsteller: Frau/Herr:

geb. am

Anschrift:

Hausärztlicher Behandlung: Dr. Franz Rudel,  
Dr. Doris Selder

Hauptsmoorstr. 58  
96052 Bamberg

Fachärztliche Behandlung:

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort, Unterschrift