

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden! Die Fragen beziehen sich auf die im Antrag angegebenen Fragezeiträume, d.h. i.d.R. ambulant 3 Jahre (KV) bzw. 5 Jahre (BU) und Krankenhaus / Operationen 5-10 Jahre.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates

Beschreibung der Beschwerden

Unter welchen Beschwerden des Bewegungsapparates leiden oder litten Sie?
 (Falls vorhanden, bitte die Diagnose(n) des Arztes angeben)

Sind die Beschwerden mehrmals aufgetreten? ja nein

Falls ja: Wie häufig sind Beschwerden aufgetreten? _____ Mal

Wie lange haben die Beschwerden jeweils andauert? (Bitte Angaben in Kalendertagen)

Wann sind die genannten Beschwerden erstmalig aufgetreten? ____ / ____ MM/JJJJ

Leiden Sie noch unter akuten Beschwerden? ja nein

Sind Sie bezüglich Ihrer genannten Beschwerden beschwerdefrei? ja nein

Falls ja: Seit wann sind Sie beschwerdefrei? ____ / ____ MM/JJJJ

Ist die Erkrankung folgenlos ausgeheilt? ja nein

In welchen Bereichen treten oder traten die Beschwerden auf?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rücken | <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule | <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule | <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> Hüfte / Hüftgelenk | <input type="checkbox"/> Hände | <input type="checkbox"/> Füße |
| <input type="checkbox"/> Schulter | <input type="checkbox"/> Ellenbogen | <input type="checkbox"/> Arme | |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | | |

Welcher Körperbereich ist betroffen? links rechts beidseitig anderer Bereich

Handelt es sich um eine chronische Erkrankung? ja nein

weitere Beschwerden

Bestehen weitere Krankheitserscheinungen oder Folgen? ja nein

- Falls ja: Welche?
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> entzündliche Gelenkveränderungen | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl | <input type="checkbox"/> Nervenschmerzen/Lähmungen | <input type="checkbox"/> psychische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Atemprobleme <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | |

Bestehen noch weitere Beschwerden der Augen, des Herzens oder der Haut? ja nein

Falls ja: Welche? _____

Leiden Sie bedingt durch Ihre Erkrankung unter schmerzhaften Bewegungsstörungen? ja nein

Sind Wirbelbrüche, Wirbelluxationen oder offene Verletzungen aufgetreten? ja nein

Wurde bei Ihnen eine Beinlängendifferenz festgestellt? ja nein

Falls ja: Wieviele cm beträgt die Beinlängendifferenz? _____ cm

Ist ein Längenausgleich vorhanden? ja nein

Leiden Sie unter Atembeschwerden? ja nein

Behandlung der Beschwerden

Sind Sie aktuell wegen Ihrer Beschwerden in Behandlung? ja nein

Falls ja: Wurde vor der Behandlung eine Untersuchung durchgeführt? ja nein

Falls ja:

- Welche? Computertomografie Kernspintomographie Knochendichtemessung
 Röntgen andere: _____

Wurde eine Operation durchgeführt oder ist diese angeraten / vorgesehen? ja nein

Falls ja: Wann? ____ / ____ MM/JJJJ

Welche? _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates

Nehmen oder nahmen Sie Medikamente gegen die Beschwerden ein?

ja nein

Falls ja: Welche?	Medikament	Dosis	täglich	gelegentlich	eingenommen	
					seit	bis
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___	___/___
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___	___/___
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___	___/___
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___	___/___

Wurde eine RehaMaßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt?

ja nein

Falls ja: empfohlen beantragt durchgeführt

Welche Maßnahme, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit

Wurden die Beschwerden durch die berufliche Tätigkeit ausgelöst oder verstärkt?

ja nein

Wenn ja: Wodurch? _____

Besteht oder bestand wegen Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren Arbeitsunfähigkeit?

ja nein

Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig? (Angabe bitte in Kalendertagen)
Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils angedauert?

Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Beschwerden angeraten?

ja nein

Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt? ja nein

Falls ja: Bitte geben Sie den Zeitpunkt des Wechsels, den früheren und jetzigen Beruf an.

Besteht eine Schwerbehinderung (GdB) oder wurde ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS, ehemals MdE) festgestellt?

ja nein

Falls ja: _____ % GdB _____ % GdS (Bitte Kopie des amtlichen Bescheids beilegen – nicht des Ausweises)

behandelnde Ärzte

Erfolgt oder erfolgte eine Behandlung durch einen Orthopäden oder Rheumatologen?

ja nein

Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung Wann? Warum?

Werden oder wurden weitere Ärzte in Anspruch genommen?

ja nein

Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung Wann? Warum?

zusätzliche Bemerkungen

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person

