

Zusatzerklärung K – Knie

Antrags-Nr.: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ergänzende Gesundheitsfragen zu: Erkrankung

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (Diagnose)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kreuzbandriss | <input type="checkbox"/> Knorpelschaden |
| <input type="checkbox"/> Meniskusriss | <input type="checkbox"/> Kniegelenksarthrose |
| <input type="checkbox"/> Patellasehnenreizung | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ |

2. Welche Ursache ist Ihnen bekannt?

- Unfall Unfalldatum: _____
- Verschleiß, belastungsbedingt
- Sonstige _____

3. Welches Knie ist betroffen?

- rechts links beide

4. Art der Beschwerden:

- Bewegungseinschränkung
- Instabilität
- Schmerzen
- Sonstige _____

5. Wurden Sie ambulant behandelt?

- Nein
- Ja von: _____ bis: _____

Behandler (Name, Anschrift, Fachrichtung):

Art der Behandlung:

- Medikamente Name des Medikaments _____ Tagesdosis _____
- Hilfsmittelverordnungen Art des Hilfsmittels (z. B. Kunststoffschiene, Kniegelenksorthese) _____

Wird das Hilfsmittel noch benötigt? Nein Ja

Sonstiges _____

Welche Untersuchungen erfolgten?

- Röntgen
- Sonographie
- Kernspintomographie/Computertomographie
- Arthroskopie
- Sonstige _____

Welche Heilmittelanwendungen wurden verordnet?

- | | | |
|--|------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Massagen | Zeitraum u. Anzahl der Anwendungen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | Zeitraum u. Anzahl der Anwendungen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | Zeitraum u. Anzahl der Anwendungen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Wärmebehandlung,
Bestrahlung | Zeitraum u. Anzahl der Anwendungen | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | _____ |

Ist die Behandlung (inkl. Medikamenteneinnahme, Heilmittelanwendung usw.) abgeschlossen?

- Nein Was erfolgt noch bzw. ist noch vorgesehen/angeraten?
- Ja _____

6. Bei Meniskusverletzung: Wie wurde die Verletzung behandelt?

- Schienenlagerung und abschwellende Medikamente
- Punktion und Injektionen
- Entfernung des abgerissenen Anteils bzw. des Meniskus
- Annähen/Antackern des Meniskus (Menikoplexie)

Zusatzklärung K – Knie

Antrags-Nr.: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Sonstiges _____

7. Bei Kreuzbandverletzungen: Wie wurde die Verletzung behandelt?

- konservativ (z. B. mit Kunststoffschiene und Krankengymnastik)
 Kreuzbandplastik (z. B. körpereigene Sehne als Ersatz eingesetzt)
 Sonstiges _____

8. Wurden Sie stationär behandelt?

- Nein
 Ja von: _____ bis: _____

9. Wurden Sie operiert (bitte auch ambulante Operationen angeben)?

- Nein
 Ja Datum der Operation: _____
Art der Operation: _____

10. Ist eine stationäre Behandlung angeraten?

- Nein
 Ja Angeraten/vorgesehen zum: _____
Art der Behandlung: _____

11. Ist eine Operation angeraten?

- Nein
 Ja Angeraten/vorgesehen zum: _____
Art der Operation: _____

12. Erfolgte eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung?

- Nein
 Ja Datum der Behandlung: _____
Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung: _____

Ist eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung angeraten/vorgesehen?

- Nein
 Ja Angeraten/vorgesehen zum: _____
Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung: _____

13. Ist das Knie wieder voll belastbar?

- Nein Welche Einschränkungen bestehen?
 Ja _____

14. Bestehen Folgeschäden?

- Nein beschwerdefrei seit: _____
 Ja Welche?
 Knorpelschaden
 Versteifung/Teilversteifung des Kniegelenks
 Arthrose
 Sonstiges _____

15. Waren Sie in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig?

- Nein
 Ja von: _____ bis: _____
Erkrankung: _____

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben meinen Versicherungsschutz gefährden.

Ort Datum Unterschrift der zu versichernden Personen über 16 Jahre bzw. des gesetzlichen Vertreters

