

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?

- | | |
|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Unfall | Unfalldatum: _____ |
| <input type="checkbox"/> Verschleiß, belastungsbedingt | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | _____ |

3. Welches Knie ist betroffen?

- rechts links beide

4. Art der Beschwerden:

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | |
| <input type="checkbox"/> Instabilität | |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | _____ |

5. Wurden Sie ambulant behandelt?

- | | | |
|-------------------------------|------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | | |
| <input type="checkbox"/> Ja | von: _____ | bis: _____ |

Behandler (Name, Anschrift, Fachrichtung):

Art der Behandlung:

- | | | |
|--|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Medikamente | Name des Medikaments _____ | Tagesdosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittelverordnungen | Art des Hilfsmittels (z. B. Kunststoffschiene, Kniegelenksorthese) _____ | |

Wird das Hilfsmittel noch benötigt? Nein Ja
 Sonstiges _____

Welche Untersuchungen erfolgten?

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Röntgen | |
| <input type="checkbox"/> Sonographie | |
| <input type="checkbox"/> Kernspintomographie/Computertomographie | |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie | |
| <input type="checkbox"/> 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?

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | Was erfolgt noch bzw. ist noch vorgesehen/angeraten? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ja | _____ |

6. Bei Meniskusverletzung: Wie wurde die Verletzung behandelt?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Schienenlagerung und abschwellende Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Punktion und Injektionen |
| <input type="checkbox"/> Entfernung des abgerissenen Anteils bzw. des Meniskus |
| <input type="checkbox"/> 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 _____