

# Fragebogen Wirbelsäulenerkrankung



<b>Zusatzerklärung zum Antrag vom</b>	
<b>Antragsteller</b>	
<b>Zu versichernde Person</b> (wenn nicht Antragsteller)	

## Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten

1. Die genaue Diagnose bzw. die genaue Bezeichnung Ihrer Krankheit und der abgerechnete ICD-Code Und welche Beschwerden hatten/haben Sie?	
2. Sind Sie diesbezüglich in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden?  <b>Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?</b>	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen?  <b>Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
4. Waren Sie in in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen?  <b>Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?Entlassungsbericht bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
5. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten und wann zuletzt?	von _____ bis _____  zuletzt _____
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht?  <b>Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche?</b>  Wurden diese Ihnen verschrieben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 50px;">Dosierung: _____</span>	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein
7. Wurde eine Ursache für die Beschwerden festgestellt?  <b>Wenn ja, welche?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Kam es zu Rückfällen?  <b>Wenn ja, wann?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

# Fragebogen Wirbelsäulenerkrankung



9. Wurde eine Röntgenuntersuchung oder eine Computertomographie durchgeführt? <b>Wenn ja, wann, Ergebnis?</b>	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein
10. Welcher Abschnitt der Wirbelsäule ist bzw. war betroffen?	<input type="checkbox"/> Halswirbelsäule <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule
11. Bei welchen Tätigkeiten oder Bewegungsabläufen treten bzw. traten die Beschwerden auf (z.B. im Stehen, im Sitzen, im Liegen, beim Treppensteigen, beim Heben von Gegenständen)?	.....
12. Wurden sonstige Behandlungen veranlaßt? <b>Wenn ja, wann, Ergebnis?</b>	<input type="checkbox"/> ja, am ..... <input type="checkbox"/> nein .....
13. Haben Sie aufgrund Ihrer Erkrankung einen Berufswechsel vorgenommen oder beabsichtigen Sie diesen? <b>(Wenn ja, bitte nähere Angaben!)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein .....
14. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Seit wann?	<input type="checkbox"/> ja, seit ..... <input type="checkbox"/> nein
15. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? <b>Wenn nein, warum?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? <b>Wenn ja, wann, Dauer?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von ..... bis .....

**Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten bei.**

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? **(Bitte immer beantworten)**

zusätzliche Angaben sind beigefügt       Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

**Falls ärztliche Unterlagen vorliegen bitte diese ebenfalls beifügen!**

**Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers