

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.

Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.
Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten drei 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 gedauert? (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?

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Rücken | ☐ Halswirbelsäule | ☐ Brustwirbelsäule | ☐ Lendenwirbelsäule |
| ☐ Knie | ☐ Hüfte / Hüftgelenk | ☐ Hände | ☐ Füße |
| ☐ Schulter | ☐ Ellenbogen | ☐ Arme | |
| ☐ 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? ☐ Kopfschmerzen ☐ Schwindel ☐ Gicht
☐ Rheuma ☐ entzündliche Gelenkveränderungen ☐ Durchblutungsstörungen
☐ Taubheitsgefühl ☐ Nervenschmerzen/Lähmungen ☐ psychische Beschwerden
☐ Atemprobleme ☐ sonstige: _____

Bei Kopfschmerzen/Schwindel:

Wurde von Ihrem Arzt als wesentliche Ursache für Ihre Kopfschmerzen/Ihren Schwindel die oben angegebenen Beschwerden genannt? ☐ ja ☐ nein

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: Art der Behandlung: _____

Wurde eine Untersuchung durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: Welche: ☐ Computertomografie ☐ Kernspintomographie ☐ Knochendichtemessung
☐ Röntgen ☐ andere: _____

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren operiert oder ist eine Operation 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

_____	_____	☐	☐	____/____	____/____
_____	_____	☐	☐	____/____	____/____
_____	_____	☐	☐	____/____	____/____
_____	_____	☐	☐	____/____	____/____

Wurde in den letzten 10 Jahren eine Reha-Maßnahme 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 gedauert?

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

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

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:

Wann?

Warum?

zusätzliche Bemerkungen

Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen

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

_____	_____	_____
-------	-------	-------