

Zusatzerklärung R – Rheuma, Gelenke, Wirbelsäule

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

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ergänzende Gesundheitsfragen zu: Erkrankung

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

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="radio"/> Gelenkrheuma | <input type="radio"/> Muskelrheuma |
| <input type="checkbox"/> Gelenkentzündung (Arthritis) | | |
| <input type="checkbox"/> Gelenkverschleiß (Arthrose) | | |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenbeschwerden | | |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenbeschwerden | | |
| <input type="checkbox"/> Lumbalsyndrom (Ischias, Hexenschuß) | | |
| <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann | | |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | | |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverkrümmung | <input type="radio"/> Skoliose | <input type="radio"/> Kyphose |
| | | <input type="radio"/> Lordose |
| <input type="checkbox"/> Wirbelgleiten | | |
| <input type="checkbox"/> Verspannungen | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ | |

2. Welche Körperteile, Gelenke sind betroffen?

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="radio"/> Hals- | <input type="radio"/> Brust- | <input type="radio"/> Lendenwirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Hüftgelenk | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Kniegelenk | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Schultergelenk | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ | | |

3. Art der Beschwerden:

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen/-einschränkungen | |
| <input type="checkbox"/> Gelenkverdickung | |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln | |
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl, Lähmungen | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ |

Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten? _____

4. Besteht eine Beinverkürzung?

- Nein
- Ja _____ cm

5. Wurden Sie ambulant behandelt?

- Nein
- Ja von: _____ bis: _____

Behandler (Name, Anschrift, Fachrichtung):

Art der Behandlung:

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medikamente | Name des Medikaments
_____ | Tagesdosis
_____ |
| <input type="checkbox"/> Untersuchungen | Art der Untersuchung (z. B. Röntgen, MRT, CT)
_____ | Ergebnis
_____ |
| <input type="checkbox"/> Heilmittelanwendungen | Art des Heilmittels (z. B. Massagen)
_____ | Anwendungshäufigkeit
_____ |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittelverordnungen | Art des Hilfsmittels (z. B. Korsett, Schuheinlagen)
_____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ | |

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

- Nein Was erfolgt noch bzw. ist noch vorgesehen/angeraten (z. B. Kontrollen)?
- Ja _____

Zusatzerklärung R – Rheuma, Gelenke, Wirbelsäule

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

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

6. Wurden Sie stationär behandelt?

- Nein
 Ja von: _____ bis: _____

Wurden Sie operiert?

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

Ist eine stationäre Behandlung/Operation angeraten?

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

7. 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: _____

8. Haben Sie noch Beschwerden bzw. bestehen noch Folgen der Erkrankung?

- Nein Seit wann sind Sie beschwerde- bzw. folgenfrei? _____
 Ja Welche Beschwerden/Folgen bestehen noch?

9. 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

