

Fragebogen Wirbelsäule

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung.

Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren**.

Krankheiten

Welche **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen** der Wirbelsäule bestehen oder bestanden bei Ihnen?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lumbago | <input type="checkbox"/> Hexenschuss | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Bandscheibenprotusion | <input type="checkbox"/> Verspannungen |
| <input type="checkbox"/> HWS-Syndrom | <input type="checkbox"/> BWS-Syndrom | <input type="checkbox"/> LWS-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> ISG-Syndrom | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose, Kyphose) mit Cobb-Winkel <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Wirbelfraktur | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann |
| <input type="checkbox"/> Wirbelgleiten (Spondylolyse/Spondylolisthesis) | <input type="checkbox"/> Spondylitis ankylosans | |
| <input type="checkbox"/> Wirbelblockade | <input type="checkbox"/> ISG-Blockade | <input type="checkbox"/> Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Gelenkverschleiß/Arthrose | <input type="checkbox"/> Beinverkürzung in cm <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> eingeklemmter Nerv |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar <input type="text"/> | | |

Beschwerden

Welche Beschwerden bestanden?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen | <input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Lähmungen | <input type="checkbox"/> Atemprobleme | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar <input type="text"/> | | |

Wie oft bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden?

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> bis zu 2 Mal | <input type="checkbox"/> bis zu 4 Mal | <input type="checkbox"/> mehr als 4 Mal |
| <input type="checkbox"/> keine Beschwerden in den letzten 3 Jahren | | |

Beschwerdezeitraum?

Sind Sie beschwerdefrei?

Ja, seit

Nein, folgende Beschwerden/Folgen/Einschränkungen bestehen:

**Untersuchungen/
Behandlungen**

Welche speziellen Untersuchungen oder Behandlungen bzgl. der Wirbelsäule erfolgten oder sind geplant?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchungen | <input type="checkbox"/> Computertomographie (CT) |
| <input type="checkbox"/> Kernspin (MRT) | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Massagen |
| <input type="checkbox"/> Operation | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> andere und zwar _____ | |

Massagen

Sind die bereits erfolgten und/oder künftig geplanten Massagen

- ausschließlich privat finanziert (Selbstzahler **oder** teilweise/komplett ärztlich verordnet ohne Abrechnung mit Krankenversicherung/Krankenkasse)

Behandler

Nennen Sie uns zu den angegebenen Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen, stationären Aufenthalten (Krankenhaus/Reha/Kur) bitte

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Bitte reichen Sie die entsprechenden Arztberichte / Krankenhausentlassungsberichte in Kopie mit ein.**Arbeitsunfähigkeiten**Waren Sie aufgrund der Beschwerden an der Wirbelsäule **arbeitsunfähig**?

- Nein Ja, Zeitraum _____

Zusätzliche Angaben

Folgende Zusatzinformationen sind beigefügt:

Sofern hier keine Angaben getätigt werden, gehen wir davon aus, dass keine Beiblätter, Befundkopien etc. beigefügt wurden.

**Schlusserklärung
und Unterschrift**

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum

X

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)