



**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)