

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Erkrankungen des Bewegungsapparates (1.9)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (auch Meniskusschäden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen [mehr als 2 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Fibromyalgie) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Sehnenreizungen, Schmerzen [mehr als 2 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Gefühlsstörungen, Blockierungen, Ergussbildungen, Bewegungs-einschränkungen, Belastungs-minderungen, Schwellungen, Muskelbeschwerden ohne äußere Einwirkungen)? nein ja

Falls ja, wann erstmals?

Wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. Sind Ihnen Auslöser für die Beschwerden bekannt / aufgefallen? nein ja

Falls ja, welche?

4. Sind die Beschwerden / Erkrankungen

angeboren?

Folge einer anderen Erkrankung? Welcher? _____

unfallbedingt?

sonstiger Ursache? Welcher? _____

5. Welches Körperteil / welche Körperteile waren oder sind betroffen?

Knochen / Gelenk / Sehne / Band / Muskel

rechts links beidseitig

6. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (**Bitte alle Behandler der letzten 3 Jahre angeben und die erste Behandlung dort, auch wenn außerhalb dieses Zeitraums. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler.**)

nein ja

1) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

erstmals aufgesucht am: ... zuletzt aufgesucht am: ...

2) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

erstmals aufgesucht am: ... zuletzt aufgesucht am: ...

7. Wurden **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (z.B. Blutuntersuchungen, Rheumaserologie, Antikörperbestimmungen, Wundabstriche) festgestellt? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann? ...

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

8. Wie werden oder wurden die Beschwerden / Erkrankungen **in den letzten 3 Jahren** behandelt?

keine Behandlung

Schmerzmittel

Medikamentenname: _____

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

Kortisontabletten

Medikamentenname: _____

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

andere Medikamente

Medikamentenname: _____

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

Krankengymnastik

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

wie oft wöchentlich? _____

Massagen

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

wie oft wöchentlich? _____

Akupunktur /
Schmerztherapien

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

wie oft wöchentlich? _____

andere Therapien

Welche? _____

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

wie oft wöchentlich? _____

9. Sind **in den letzten 5 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen akut
behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten (z.B. akute Krankenhauseinweisung,
Notarztbehandlung)?

nein ja

Falls ja, welche Komplikationen?

Wann? |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

10. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen arbeitsunfähig? nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

von: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| bis: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

11. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT], Szintigraphie/ nuklearmedizinische Untersuchungen oder Ultraschalluntersuchungen) wegen der Beschwerden/ Erkrankungen durchgeführt?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

12. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden/ Erkrankungen Operationen (auch Gelenkspiegelungen / Arthroskopien) durchgeführt worden oder vorgesehen?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche?

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses:

13. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche?

Wann?

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

14. Sind aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig? nein ja

Falls ja, welche?

In welchen Abständen?

Wann zuletzt?

15. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Kraftminderungen, Instabilitäten oder Verdickungen der Gelenke)? nein ja

Falls ja, welche?

16. Sind auch innere Organe betroffen (z.B. bei Rheumatismus)? nein ja

Falls ja, welche?

17. Wurde bei einer Operation Fremdmaterial eingebracht (z. B. Schrauben, Platten oder künstliche Bandscheiben)? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, was?

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses:

18. Wurde das Fremdmaterial mittlerweile wieder entfernt oder ist eine Entfernung vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses:

19. Nur falls auch Erkrankungen/ Unfälle/ Körperschäden im Bereich der Kniegelenke bestehen oder bestanden, bitte die Fragen a) bis d) beantworten

a) Wurden Meniskusoperationen durchgeführt? nein ja

Falls ja, wurde der Innenmeniskus
 rechts teilweise vollständig
 links teilweise vollständig
und / oder der Außenmeniskus
 rechts teilweise vollständig
 links teilweise vollständig
entfernt?

b) Wurden Kreuzbandoperationen durchgeführt? nein ja

Falls ja, wurde das Kreuzband genäht oder wurde eine Kreuzbandplastik eingesetzt?

Falls Ersatz, mit welchem Material?

c) Wurden Operationen im Bereich der Kniescheibe durchgeführt? nein ja

Falls ja, welche Maßnahme wurde durchgeführt?

d) Wurden Operationen am Gelenkknorpel oder Knochen durchgeführt? nein ja

Falls ja, welche Maßnahme wurde durchgeführt?

20. Haben die Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt? nein ja

Falls ja, zu welchen?

21. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Gelenkstützen / -bandagen, Gehhilfen, Einlagen, spezielle Schuhe? nein ja

Falls ja, welche?

22. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten? nein ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

23. Benutzen Sie einen Computer? nein ja

Falls ja, wie viele Stunden pro Tag?

24. Sind Sie in Ihrem Beruf körperlich tätig? nein ja

Falls ja, bitte beschreiben Sie Ihre derzeitige Tätigkeit und einen typischen Arbeitstag:

25. Üben Sie gelenkbelastende Tätigkeiten aus (z.B. Arbeiten mit starker Belastung der Hände, mit starken Vibrationseinwirkungen, häufigen Treppensteigen, auf unebenem Untergrund, über Kopf, im Knien oder Hocken)? nein ja

Falls ja, welche?

Wie lange und wie oft durchschnittlich pro Woche?

26. Wie viele Stunden pro Tag stehen oder gehen sie durchschnittlich?

27. Müssen Sie regelmäßig schwer (mehr als 10 kg) heben oder tragen?

nein ja

Falls ja, welche Gegenstände werden bewegt?

Wie oft müssten die Lasten pro Tag bewegt werden?

28. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x