

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660  
61406 Oberursel

---

---

---

Versicherungs-Nr.:

---

Zu versichernde Person:

---

Geburtsdatum:

---

### Fragebogen zu Wirbelsäulenerkrankungen (1.8)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden des Rückens oder Nackens (auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Rückenschmerzen [mehr als 2 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

---

---

---

---

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Rückenschmerzen, Bewegungseinschränkungen, Belastungsminderungen oder von der Wirbelsäule ausgehende Gefühlsstörungen oder Schmerzen der Arme oder Beine)?

nein  ja

Falls ja, wann erstmals?

Wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

---

---

---

3. Sind Ihnen Auslöser für die Beschwerden (z.B. körperliche Anstrengung, Kälte, Zwangshaltungen) bekannt / aufgefallen?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

4. Sind die Beschwerden / Erkrankungen

angeboren?

Folge einer anderen Erkrankung? Welcher? \_\_\_\_\_

unfallbedingt?

sonstiger Ursache? Welcher? \_\_\_\_\_

5. 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: ...

6. Wurden **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden / Erkrankungen krankhafte Veränderungen bei Laboruntersuchungen (z.B. Rheumafaktoren, HLA-B27-Wert) festgestellt? **Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann? ...

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

---

---

---

7. 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? \_\_\_\_\_

8. 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? |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

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

Falls ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal

von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

von: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_| bis: |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|\_|

10. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT], Szintigraphie / nuklear-medizinische Untersuchungen) wegen der Beschwerden / Erkrankungen durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann?

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

---

---

---

11. Wurden **in den letzten 5 Jahren** Knochendichtemessungen zur Diagnostik einer Osteoporose durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Fall ja, wann?

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

---

---

---

12. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

Wann?

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

---

---

---

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

Falls ja, was?

---

---

---

Wann zuletzt?

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

---

---

---

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

Fall ja, wann?

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

---

---

---

15. 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 zuletzt?

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

---

---

---

16. Besteht eine Wirbelsäulenverkrümmung? **Befunde bitte beifügen!**  nein  ja

Falls ja, können Sie angeben in welchem Wirbelsäulenbereich?

---

---

---

17. Besteht eine Beinverkürzung?  nein  ja

Falls ja, wo?  rechts  links

Wie viel cm?

18. Sind auch innere Organe betroffen (z.B. bei Rheumatismus oder durch starke Brustkorbdeformationen bei Wirbelsäulenverbiegungen)?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

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

Falls ja, welche?

---

---

---

In welchen Abständen?

---

---

---

Wann zuletzt?

20. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Kraftminderungen oder Nervenfunktionsstörungen)?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

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

Falls ja, zu welchen?

---

---

---

22. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Absatzerhöhungen, eine Halsstütze, ein Stützkorsett oder eine Gehhilfe?  nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

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

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

---

---

---

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

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

---

---

---

---

---

25. 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?

---

---

---

26. Wie groß ist der beruflich bedingte Reiseanteil bei Ihrer Tätigkeit? \_\_\_\_\_ % (ca. Angabe in Prozent)

27. Benutzen Sie einen Computer?  nein  ja

Falls ja, wie viele Stunden pro Tag? \_\_\_\_\_

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)

