

## Medizinische Selbstauskunft

über Erkrankungen des Bewegungsapparates (Skelett, Gelenk, Muskeln, Sehnen)

Antragsteller: \_\_\_\_\_

Mitgl.-/Bearb.-Nr.: \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

Antrag/Anfrage vom: \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Gesundheitserklärung wegen** \_\_\_\_\_

1. Wie lautet die genaue Diagnose? (soweit bekannt) \_\_\_\_\_

2. Welche Beschwerden sind aufgetreten?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine              | <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen/ Taubheitsgefühle an _____ |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen      | <input type="checkbox"/> Lähmungen an _____                                |
| <input type="checkbox"/> Schwindel          | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen an _____                 |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen an _____ | <input type="checkbox"/> sonstiges _____                                   |

3. Wie traten/ treten die Beschwerden auf?

<input type="checkbox"/> <b>einmalig</b> am _____ (Monat/ Jahr) Beschwerden bestanden von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> <b>wiederholt</b> erstmalig aufgetreten in _____ (Monat/ Jahr) wie oft jährlich? _____  Wie lange bestehen die Beschwerden durchschnittlich (1 Stunde/ 1 Tag,....)  Wann traten die Beschwerden zuletzt auf? _____ (Monat/ Jahr)	<input type="checkbox"/> <b>dauernd</b> seit _____
---	---	--

4. Welche Ursachen sind für die Beschwerden bekannt?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Degenerative Veränderungen (Verschleiß) | <input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz _____ cm rechts/ links    |
| <input type="checkbox"/> Hüftgelenksveränderung                  | <input type="checkbox"/> Blockierungen                                 |
| <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlstellung                 | <input type="checkbox"/> Fehlbelastung / Fehlstellung                  |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverkrümmung/ Skoliose       | <input type="checkbox"/> Zerrung / Verstauchung                        |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung                 | <input type="checkbox"/> Gelenküberlastung (z.B. schweres Heben/Sport) |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall                     | <input type="checkbox"/> Ursache nicht bekannt                         |
| <input type="checkbox"/> Bandscheiben-Protrusion                 | <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache -welche? _____               |
| <input type="checkbox"/> Fraktur / sonstiger Unfall              |  |

5. War ein Krankenhaus- / Kuraufenthalt erforderlich?  nein  ja, wann? \_\_\_\_\_

Name / Anschrift des Krankenhauses / der Kuranstalt: \_\_\_\_\_

6. Wurde eine Röntgen- / CT-/ MRT-/ Kernspintomographie- oder sonstige bildgebende Untersuchung durchgeführt?

nein  ja, wann? \_\_\_\_\_  Ergebnis? \_\_\_\_\_

**Zu 5. und 6 Bitte fügen Sie die Befund- bzw. Krankenhausentlassungsberichte bei.** Die Berichte erhalten Sie über Ihren Hausarzt oder Radiologen

Antragsteller: \_\_\_\_\_

Mitgl.-/Bearb.-Nr.: \_\_\_\_\_

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_

Antrag/Anfrage vom: \_\_\_\_\_

7. Wie werden/ wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine Behandlung<br><input type="checkbox"/> Operation - wann? _____<br><input type="checkbox"/> Arthroskopie/ Kniespiegelung- wann? _____<br><input type="checkbox"/> Medikamente<br>_____<br>(Name, Dosierung, wann zuletzt?)<br><input type="checkbox"/> Spritzen/ Injektionen? _____ (Wie oft?)<br><input type="checkbox"/> Chirotherapie – wie oft, wann zuletzt? _____<br><input type="checkbox"/> Osteopathie – wie oft, wann zuletzt? _____<br>_____<br><input type="checkbox"/> Reizstrom – wie oft, wann zuletzt? _____ | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik (KG)/ Massagen/ manuelle Therapie/ Bestrahlung/ Fango/ (Nichtzutreffendes bitte streichen)<br><input type="checkbox"/> Einmalig am _____<br><input type="checkbox"/> 1x jährlich<br><input type="checkbox"/> 2x jährlich<br><input type="checkbox"/> öfter _____ x jährlich<br>Wann ist voraussichtlich / war letzte Behandlung (KG etc)? _____ (Monat/Jahr)<br><input type="checkbox"/> Akupunktur wie oft? _____ Wann zuletzt? _____<br><input type="checkbox"/> Sonstige Behandlungen - welche? _____ |
|--|--|

8. Bestehen jetzt noch Folgen oder Beschwerden?

- nein, keine Folgen / Beschwerden mehr seit \_\_\_\_\_  ja, Art der Folgen / Beschwerden \_\_\_\_\_  
 (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_

9. Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre wegen der Erkrankung arbeitsunfähig?

- nein  ja, von wann bis wann? \_\_\_\_\_

10. Welcher Arzt kann Auskunft geben? \_\_\_\_\_

**Ich versichere, vorstehende Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts über meine Gesundheitsverhältnisse verschwiegen zu haben.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller und zu versichernde volljährige Person