

Zusatzklärung R – Rheuma, Gelenke, Wirbelsäule

Antrags-Nr.: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ergänzende Gesundheitsfragen zu: Erkrankung

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (Diagnose)?

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="radio"/> Gelenkrheuma | <input type="radio"/> Muskelrheuma |
| <input type="checkbox"/> Gelenkentzündung (Arthritis) | | |
| <input type="checkbox"/> Gelenkverschleiß (Arthrose) | | |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenbeschwerden | | |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenbeschwerden | | |
| <input type="checkbox"/> Lumbalsyndrom (Ischias, Hexenschuß) | | |
| <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann | | |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | | |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverkrümmung | <input type="radio"/> Skoliose | <input type="radio"/> Kyphose |
| | | <input type="radio"/> Lordose |
| <input type="checkbox"/> Wirbelgleiten | | |
| <input type="checkbox"/> Verspannungen | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ | |

2. Welche Körperteile, Gelenke sind betroffen?

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="radio"/> Hals- | <input type="radio"/> Brust- | <input type="radio"/> Lendenwirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Hüftgelenk | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Kniegelenk | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Schultergelenk | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ | | |

3. Art der Beschwerden:

- Rückenschmerzen
- Kopfschmerzen
- Bewegungsstörungen/-einschränkungen
- Gelenkverdickung
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl, Lähmungen
- Sonstiges _____

Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten? _____

4. Besteht eine Beinverkürzung?

- Nein
- Ja _____ cm

5. Wurden Sie ambulant behandelt?

- Nein
- Ja von: _____ bis: _____

Behandler (Name, Anschrift, Fachrichtung):

Art der Behandlung:

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medikamente | Name des Medikaments
_____ | Tagesdosis
_____ |
| <input type="checkbox"/> Untersuchungen | Art der Untersuchung (z. B. Röntgen, MRT, CT)
_____ | Ergebnis
_____ |
| <input type="checkbox"/> Heilmittelanwendungen | Art des Heilmittels (z. B. Massagen)
_____ | Anwendungshäufigkeit
_____ |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittelverordnungen | Art des Hilfsmittels (z. B. Korsett, Schuheinlagen)
_____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ | |

Ist die Behandlung (inkl. Medikamenteneinnahme, Heilmittelanwendung usw.) abgeschlossen?

- Nein Was erfolgt noch bzw. ist noch vorgesehen/angeraten (z. B. Kontrollen)?
- Ja _____

Zusatzerklärung R – Rheuma, Gelenke, Wirbelsäule

Antrags-Nr.: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

6. Wurden Sie stationär behandelt?

- Nein
 Ja von: _____ bis: _____

Wurden Sie operiert?

- Nein
 Ja Datum der Operation: _____
Art der Operation: _____

Ist eine stationäre Behandlung/Operation angeraten?

- Nein
 Ja Angeraten/vorgesehen zum: _____
Art der Behandlung/Operation: _____

7. Erfolgte eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung?

- Nein
 Ja Datum der Behandlung: _____
Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung: _____

Ist eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung angeraten/vorgesehen?

- Nein
 Ja Angeraten/vorgesehen zum: _____
Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung: _____

8. Haben Sie noch Beschwerden bzw. bestehen noch Folgen der Erkrankung?

- Nein Seit wann sind Sie beschwerde- bzw. folgenfrei? _____
 Ja Welche Beschwerden/Folgen bestehen noch?

9. Waren Sie in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig?

- Nein
 Ja von: _____ bis: _____
Erkrankung: _____

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben meinen Versicherungsschutz gefährden.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift der zu versichernden Personen über 16 Jahre bzw. des gesetzlichen Vertreters _____