

Fragebogen Bewegungsapparat

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Titel, Vorname, Name

- männlich
 weiblich

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.
Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrages.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren**.

Krankheiten

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lumbago | <input type="checkbox"/> Bänderverletzung | <input type="checkbox"/> Psoriasisarthritis |
| <input type="checkbox"/> Hexenschuss | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Schultergelenkerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Hüftgelenkerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> rheumatoide Arthritis | <input type="checkbox"/> Kniegelenkerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Meniskuserkrankung | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | <input type="checkbox"/> Sprunggelenkerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Kreuzbandverletzung | | |
| <input type="checkbox"/> Gelenkverschleiß/Arthrose (Angabe von jeweils betroffenem Gelenk/Seite) | | |

- Verletzung (bitte diese hier angeben) _____
- Krebserkrankungen (dann bitte immer den Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen)
- andere hier nicht genannte Erkrankungen (bitte diese hier angeben)

Ergänzende Angaben zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen **für jede Erkrankung getrennt beantworten.**

Genauere medizinische Diagnose

Beginn
(MM.JJJJ)

ggf. Ende
(MM.JJJJ)

Wie oft bestanden die Beschwerden
und welcher Art?

Bestehen **Folgen** der Erkrankung? nein ja Welche? _____

Genauere medizinische Diagnose

Beginn
(MM.JJJJ)

ggf. Ende
(MM.JJJJ)

Wie oft bestanden die Beschwerden
und welcher Art?

Bestehen **Folgen** der Erkrankung? nein ja Welche? _____

Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.

**Wirbelsäulen-
verkrümmung**

Liegt bei Ihnen eine **Wirbelsäulenverkrümmung** vor? nein ja

Umfang der Wirbelsäulenverkrümmung? _____ Cobb-Winkel (falls bekannt) _____

Beinverkürzung

Liegt bei Ihnen eine **Beinverkürzung** vor? nein ja

Umfang der Beinverkürzung? links cm rechts cm

**Blut- und
Laborwerte**

Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** (Leberwerte, Hepatitisviren, usw.) bekannt?

nein ja (ggf. Fotokopie beifügen)

Art des Wertes

Wert

Datum (MM.JJJJ)

(ggf. ungefährer Zeitpunkt)

**Untersuchungen/
Behandlungen**

Wann erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** bzw. sind diese geplant?

1. Röntgenuntersuchung
2. Kernspin
3. Computertomographie
4. Operation
5. andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben)

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Befund/Maßnahme

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Befund/Maßnahme

Medikamente

Welche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn (MM.JJJJ) **ggf. Einnahme Ende** (MM.JJJJ) **Dosis**

Name des Medikaments _____

Einnahme Beginn (MM.JJJJ) **ggf. Einnahme Ende** (MM.JJJJ) **Dosis**

Arbeitsunfähig

Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**? nein ja

Diagnose _____ Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) _____

Notarztbehandlung

Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**?

nein ja, bitte Datum (TT.MM.JJJJ) angeben

Grund _____

Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren

Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren!

Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme** (Reha), **Anschlussheilbehandlung** (AHB) oder **Kur**?

Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

Diagnose _____

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Diagnose _____

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Behandelnde Ärzte

Von **welchem Arzt oder Krankenhaus** wurden Sie wegen Ihrer **angegebenen** Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt? Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name und Anschrift

Zeitpunkt/Zeitraum welche Untersuchung

Zusätzliche Angaben

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und **schriftlich nach**. Folgen noch weitere Angaben? (**Bitte immer beantworten**)

alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben **es folgen noch Angaben**

zusätzliche Angaben sind beigelegt **Anzahl Extrablätter** _____

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

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)