

Fragebogen Wirbelsäulenerkrankungen

Zur Krankenversicherung

VS-Nummer: _____ Person (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Bitte geben Sie sämtliche Umstände an, auch wenn Sie ihnen nur geringfügige Bedeutung beimessen. Wenn Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Benötigen Sie Unterstützung? Wir sind gerne für Sie da: von Montag bis Freitag, 8:00 Uhr – 18:00 Uhr unter unserer Servicenummer 0621/427-4000.

FRAGEN	ANTWORTEN
1. Wie lautet die genaue Diagnose der Erkrankung? Welcher Bereich ist betroffen (Hals-, Brust oder Lendenwirbelsäule)?	_____ _____ _____ _____ _____ _____
2. Welche Ursache ist ggf. bekannt?	_____ _____ _____ _____
3. Besteht eine Fehllhaltung der Wirbelsäule? Liegt eine Skoliose vor? Besteht eine Beinlängendifferenz/ ein Beckenschiefstand? Wenn ja, in welchem Ausmaß? Liegt eine Veränderung der Hüftgelenke vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ cm <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bitte reichen Sie jeweils eine Kopie des entsprechenden Befundberichtes ein.	
4. Welche Beschwerden bzw. Symptome treten/traten auf?	<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> psychische Beschwerden <input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
5. Wie häufig haben Sie Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule?	_____ _____ _____
6. Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung? Von wann bis wann hatten Sie Beschwerden?	_____ _____ _____ _____ _____

7. Wurden radiologische Untersuchungen durchgeführt (Röntgenuntersuchung, Computertomographie [CT] oder MRT)?

nein ja

Bitte reichen Sie eine Kopie des entsprechenden Befundberichtes ein.

Wurde eine Knochendichtemessung vorgenommen?

nein ja

Ergebnis: _____

8. Wie werden/wurden Sie behandelt?

Krankengymnastik

Massagen

Operation **Bitte Entlassungsbericht beifügen.**

Schuheinlagen

Gehhilfen

Korsett

Medikamente

alternative Heilmethoden

Sonstiges: _____

Wann und wie häufig erfolg(t)en die Behandlungen?

9. Welche Medikamente nahmen/nehmen Sie ein?

Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung, die Dosis und die Einnahmezeiträume an.

10. Ist die Behandlung abgeschlossen?

nein ja

Wenn ja, seit wann?

Welche Untersuchungen/Behandlungen stehen noch an?

11. Besteht Beschwerdefreiheit?

nein ja

Wenn ja, seit wann?

12. Wie lange und wann bestand Arbeitsunfähigkeit?

13. Wurden Kuren, Heilverfahren, Reha-Maßnahmen durchgeführt oder angeraten?

nein ja

Wenn ja, wann, über welchen Zeitraum und mit welchem Ergebnis?

Bitte reichen Sie eine Kopie des Kurberichtes ein.

14. Bitte geben Sie Größe und Gewicht an.

15. zusätzliche Anmerkungen / weitere Infos / Sonstiges:

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit vorstehender Angaben. Über die hier schriftlich festgehaltenen Antworten hinaus habe ich gegenüber dem Vermittler keine weiteren mündlichen oder schriftlichen Angaben gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person o. des gesetzl. Vertreters

