

## Zusatzfragebogen

als Ergänzung zum Antrag/ zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom: \_\_\_\_\_

(ersetzt nicht die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag/ in der Anmeldung bzw. in der Angebotsanforderung)

## Wirbelsäulenerkrankungen

**Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!  
Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.**

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall                                       | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew        |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorwölbung                                    | <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann      |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulendegeneration (z. B. Arthrose)                 | <input type="checkbox"/> Osteoporose             |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverkrümmung (z. B. Skoliose)                  | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenfehlhaltung |
| <input type="checkbox"/> Wirbelgleiten   | <input type="checkbox"/> Verspannungen, Myalgien |
| <input type="checkbox"/> Ischialgie  | <input type="checkbox"/> Lumbalgie               |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulensyndrom                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule |  |
| <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule   |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche?   |  |

---

Liegt eine Grunderkrankung bzw. Ursache vor?            ja    nein

Wenn »ja«, welche?

---

Handelt es sich um eine Erkrankung  
des rheumatischen Formenkreises?

ja       nein

Wenn »ja«, welche?

---

Welche Symptome/ Beschwerden liegen vor?

(z.B. Bewegungsstörungen, Gelenkschmerzen, Gelenkschwellungen, Nervenschmerzen, Entzündungen)

---

Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

\_\_\_\_\_

Wann sind die Beschwerden zuletzt aufgetreten?

\_\_\_\_\_

Wie häufig traten die Beschwerden auf  
und wie lange traten die Beschwerden auf?

\_\_\_\_\_

Besteht eine Beinverkürzung?

ja       nein

Wenn »ja«, um wie viele cm?

---

Wie wird diese ausgeglichen (z.B. Einlagen, Absatzerhöhung, orthopädische Schuhe)?

---

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt bzw. angedacht?

<input type="checkbox"/> Ultraschall (Sonographie)	wann?	_____	wie oft?	_____
<input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung	wann?	_____	wie oft?	_____
<input type="checkbox"/> Computer-, Kernspintomographie	wann?	_____	wie oft?	_____
<input type="checkbox"/> Szintigraphie	wann?	_____	wie oft?	_____
<input type="checkbox"/> Sonstige, welche?	wann?	_____	wie oft?	_____

---

Befunde, Untersuchungsergebnisse?

---

**Bitte überlassen Sie uns eine Kopie der Behandlungs- und Befundberichte!**

Welche Behandlungsweisen/ Therapien sind bisher erfolgt bzw. angeraten?

Medikamentöse Therapie, Name? - Dosierung?

---

Physikalische Maßnahmen

Krankengymnastik von - bis? \_\_\_\_\_

Massagen von - bis? \_\_\_\_\_

Chirotherapie von - bis? \_\_\_\_\_

Elektrotherapie von - bis? \_\_\_\_\_

Hydrotherapie von - bis? \_\_\_\_\_

Ergotherapie von - bis? \_\_\_\_\_

Sonstige, welche? von - bis? \_\_\_\_\_

---

Kurbehandlung von - bis? \_\_\_\_\_

Orthopädietechnische Maßnahmen

Einlagen  Absatzerhöhung

Sohlenerhöhung  orthopädische Schuhe

Orthesen, Prothesen  Stützmitter, Korsett

Sonstige, welche?

---

Operative Therapie, welche? wann?

---

Sind weitere diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen notwendig, angeraten oder beabsichtigt?  ja  nein

Wenn »ja«, welche?

---

Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?  ja  nein

Wenn »ja«, seit wann?

---

Wenn »nein«, welche Beschwerden bestehen?

---

