

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____
Zu versichernde Person: _____
Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Erkrankungen bzw. Verletzungen der Wirbelsäule

Zeitlich befristete Fragen

1. An welchen Erkrankungen bzw. Funktionsstörungen im Bereich der Wirbelsäule und Bandscheiben leiden oder litten Sie in den letzten 10 Jahren?

2. Sind in den letzten 10 Jahren Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule aufgetreten (z.B. Rückenschmerzen, Bewegungseinschränkungen, Belastungsminderungen) oder von der Wirbelsäule ausgehende Beschwerden (z.B. bandscheibenbedingte Gefühlsstörungen oder Schmerzen der Arme und Beine)?

nein ja

Falls ja, wann erstmals? wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen: _____

3. Haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (Bitte alle Behandler der letzten 10 Jahre angeben. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler)

nein ja

Falls ja,

1) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten: _____

erstmals aufgesucht am: zuletzt aufgesucht am:

2) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten: _____

erstmals aufgesucht am: zuletzt aufgesucht am:

4. Wie wurde diesbezüglich in den letzten 10 Jahren behandelt?

keine Behandlung

Schmerzmittel

Medikamentenname: _____

von: bis: wie oft täglich? _____

Kortisontabletten

Medikamentenname: _____

von: bis: wie oft täglich? _____

andere Medikamente

Medikamentenname: _____

von: bis: wie oft täglich? _____

Medikamentenname: _____

von: bis: wie oft täglich? _____

Krankengymnastik

von: bis: wie oft wöchentlich? _____

Massagen

von: bis: wie oft wöchentlich _____

Akupunktur/Schmerztherapie

von: bis: wie oft wöchentlich? _____

andere Therapien

von: bis: wie oft wöchentlich _____

5. Waren Sie aufgrund der Erkrankung, der Verletzung, der Beschwerden in den letzten 10 Jahren arbeitsunfähig?

nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: bis:

von: bis:

Zeitlich nicht befristete Fragen

6. Wann haben Sie aufgrund der Erkrankung, der Verletzung, der Beschwerden erstmals Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen (ggfs. auch länger als 10 Jahre zurückliegend)?

Name und Anschrift des Therapeuten: _____

erstmals aufgesucht am: zuletzt aufgesucht am:

7. Wurde in der Vergangenheit eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen (auch CT), Kernspintomographie, Szintigraphie/nuklearmedizinische Untersuchung oder Ultraschalluntersuchung) diesbezüglich durchgeführt?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche Untersuchung und wann? _____

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung: _____

8. Wurden Knochendichtemessungen zur Diagnostik einer Osteoporose durchgeführt?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche Untersuchung und wann? _____

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung: _____

9. Besteht eine Wirbelsäulenverkrümmung?

nein ja

Falls ja, können Sie angeben, in welchen Wirbelsäulenbereichen? _____

10. Sind auch innere Organe betroffen (z.B. bei Rheumatismus oder durch starke Brustdeformationen bei Wirbelsäulenverbiegungen)?

nein ja

Falls ja, welche? _____

11. Sind Operationen im Bereich der Wirbelsäule und der Bandscheiben durchgeführt worden oder vorgesehen?

nein ja

Falls ja, welche und wann? _____

12. Wurde bei einer Operation Fremdmaterial eingebracht (z.B. Schrauben, Platten oder ein Knochen oder Bandscheibenersatz)?

nein ja

Falls ja, welche? _____

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung: _____

13. Wurde das Fremdmaterial mittlerweile wieder entfernt oder ist eine Entfernung vorgesehen?

nein ja

Falls ja, welche? _____

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung: _____

14. Waren aufgrund der Erkrankungen, der Verletzungen, der Beschwerden Behandlungen in einem Krankenhaus/stationäre Rehabilitationsmaßnahmen/Kuren notwendig?

Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche und wann? _____

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung: _____

15. Sind Folgen der Erkrankungen, der Verletzungen zurückgeblieben (z.B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Kraftminderungen oder Nervenfunktionsstörungen)?

nein ja

Falls ja, welche? _____

16. Übertragen sich diese Beschwerden auf andere Körperteile?

nein ja

Falls ja, auf welche Körperteile und in welcher Form? _____

17. Besteht eine Beinverkürzung?

nein ja

Falls ja, rechts links Wie viel cm? _____

18. Haben die Beschwerden zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihres Berufslebens geführt? nein ja

Falls ja, zu welchen? _____

19. Gibt es Auslöser für diese Beschwerden? nein ja

Falls ja, welche? _____

20. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Absatz erhöhungen, eine Halsstütze, ein Stützkorsett oder einen Stock? nein ja

Falls ja, welche? _____

21. Streben Sie eine Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten? nein ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit? _____

22. Sind Sie in Ihrem Beruf körperlich tätig? nein ja

Falls ja, zu _____ % (ca. Angaben in Prozent)?

Beschreiben Sie bitte Ihre derzeitige Tätigkeit und einen typischen Arbeitstag: _____

23. Wie groß ist der beruflich bedingte Reiseanteil bei Ihrer Tätigkeit?

_____ % (ca. Angaben in Prozent)

24. Benutzen Sie einen Computer? nein ja

Falls ja, wie viele Stunden pro Tag? _____ Stunden

25. Müssen Sie regelmäßig schwer (mehr als 10 kg) heben oder tragen? nein ja

Falls ja, welche Gegenstände werden bewegt? _____

Wie oft müssen die Lasten pro Tag bewegt werden? _____

26. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung, die Verletzung, die Beschwerden informiert

Name und Anschrift des Arztes: _____

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

| | |
|------------|--|
| Ort, Datum | Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter) |
|------------|--|

