Alte Leipziger Leben

Postfach 1660

61406 Oberursel

Absender:

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Erkrankungen des Bewegungsapparates (1.9)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder (auch Meniskusschäden, Gicht, Rheuma, Gelenkschmerzen [mehr als 2 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Fibromyalgie) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Sehnenreizungen, Schmerzen [mehr als 2 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Gefühlsstörungen, Blockierungen, Ergussbildungen, Bewegungs-einschränkungen, Belastungs-minderungen, Schwellungen, Muskelbeschwerden ohne äußere Einwirkungen)? ☐ nein ☐ ja

   Falls ja, wann erstmals? |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| Wann zuletzt? |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

   Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

Stand 06.2026

3. Sind die Beschwerden / Erkrankungen

☐ angeboren?

☐ Folge einer anderen Erkrankung? Welcher? _____

☐ unfallbedingt?

☐ sonstiger Ursache? Welcher? _____

4. Welches Körperteil / welche Körperteile waren oder sind betroffen?

Knochen / Gelenk / Sehne / Band / Muskel

_____

☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig

5. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen?

(Bitte alle Behandlungen der letzten 3 Jahre angeben und die erste Behandlung, auch wenn sich diese außerhalb dieses Zeitraums befindet. Bitte ggf. Beiblatt benutzen.) ☐ nein ☐ ja

erstmals aufgesucht am: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| zuletzt aufgesucht am: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

erstmals aufgesucht am: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| zuletzt aufgesucht am: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

6. Wie werden oder wurden die Beschwerden / Erkrankungen **in den letzten 3 Jahren** behandelt?

☐ keine Behandlung

☐ Medikamente Medikamentenname: _____

von: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| bis: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

wie oft täglich? _____

☐ Krankengymnastik von: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| bis: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

wie oft wöchentlich? _____

☐ Massagen von: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| bis: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

wie oft wöchentlich? _____

☐ Akupunktur / Schmerztherapien von: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| bis: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

wie oft wöchentlich? _____

☐ andere Therapien Welche? _____

von: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| bis: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

wie oft wöchentlich? _____

7. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen arbeitsunfähig? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| bis: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

von: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| bis: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

8. Wurde **in den letzten 5 Jahren** eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT], Szintigraphie/ nuklearmedizinische Untersuchungen oder Ultraschalluntersuchungen) wegen der Beschwerden/ Erkrankungen durchgeführt? ☐ nein ☐ ja
   Befunde bitte beifügen!

   Falls ja, welche Untersuchungen?

   Wann? |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

9. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden/ Erkrankungen Operationen (auch Gelenkspiegelungen / Arthroskopien) durchgeführt worden oder vorgesehen? ☐ nein ☐ ja
   Befunde bitte beifügen!

   Falls ja, welche?

   Wann? |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

10. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? ☐ nein ☐ ja
    Befunde bitte beifügen!

    Falls ja, welche?

    Wann? |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

11. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Kraftminderungen, Instabilitäten oder Verdickungen der Gelenke)? ☐ nein ☐ ja

    Falls ja, welche?

12. **Nur falls auch Erkrankungen/ Unfälle/ Körperschäden im Bereich der Kniegelenke bestehen oder bestanden, bitte die Fragen a) bis d) beantworten**

a) Wurden Meniskusoperationen durchgeführt? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, wurde der ☐ Innenmeniskus
☐ rechts ☐ teilweise ☐ vollständig
☐ links ☐ teilweise ☐ vollständig
und / oder der ☐ Außenmeniskus
☐ rechts ☐ teilweise ☐ vollständig
☐ links ☐ teilweise ☐ vollständig
entfernt?

b) Wurden Kreuzbandoperationen durchgeführt? ☐ nein ☐ ja

c) Wurden Operationen im Bereich der Kniescheibe durchgeführt? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche Maßnahme wurde durchgeführt?

13. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung 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 zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)