

## 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

**Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, - je nach Verschulden - vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag.**

**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. angeraten?

<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? \_\_\_\_\_

---

Kurzbehandlung                              von - bis? \_\_\_\_\_

Orthopädietechnische Maßnahmen

- Einlagen                                       Absatzerhöhung
- Sohlenerhöhung                               orthopädische Schuhe
- Orthesen, Prothesen                         Stützieder, 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?

---

Welcher Arzt kann Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben.)

---

---

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller/ Anmeldenden bzw. Interessenten:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Hinweis:** Bitte überlassen Sie uns für kurze Zeit (möglichst in Kopie) die Ihnen vorliegenden Entlassungs- und Untersuchungs- sowie Behandlungs- und Befundberichte.

### Erklärung

Die gemachten Angaben zu den Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich alleinverantwortlich, auch wenn ich die Erklärung nicht selbst ausgefüllt habe. Die Hinweise auf die „Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag habe ich beachtet.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten