

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660  
61406 Oberursel

---

---

---

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?

---

---

---

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?

**Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

---

---

---

Wann?

   .       

9. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden/ Erkrankungen Operationen (auch Gelenkspiegelungen / Arthroskopien) durchgeführt worden oder vorgesehen?

**Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

Wann?

   .       

10. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?

**Befunde bitte beifügen!**

nein  ja

Falls ja, welche?

---

---

---

Wann?

   .       

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

Falls ja, welche?

nein  ja

---

---

---

**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)

x