

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

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

Fragebogen zu Wirbelsäulenerkrankungen (1.8)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden des Rückens oder Nackens (auch Wirbelsäulen-, Bandscheibenschaden, Rückenschmerzen [mehr als 2 Mal im Jahr oder länger als 48 Stunden], Schleudertrauma, Ischias, Cervicobrachialgie) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren**?

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Rückenschmerzen, Bewegungseinschränkungen, Belastungsminderungen oder von der Wirbelsäule ausgehende Gefühlsstörungen oder Schmerzen der Arme oder Beine)?

nein ja

Falls ja, wann erstmals? [][] . [][] . [][][][]

Wann zuletzt? [][] . [][] . [][][][]

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. 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: ...

4. 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? _____

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

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: ... bis: ...

von: ... bis: ...

6. Wurde in den letzten 5 Jahren eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen [auch CT], Kernspintomographie [MRT], Szintigraphie / nuklear-medizinische Untersuchungen) wegen der Beschwerden / Erkrankungen durchgeführt? Befunde bitte beifügen! nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann? ...

7. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche?

Wann?

8. 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 zuletzt?

9. Besteht eine Beinverkürzung? nein ja

Falls ja, wo? rechts links

Wie viel cm?

10. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Kraftminderungen oder Nervenfunktionsstörungen)? nein ja

Falls ja, welche?

11. 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)

