



Knieerkrankung - Z 14

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

HanseMerkur Lebensversicherung AG
Abt. B - Risikoprüfung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
AD-Nr.:

1. Wie lautet die Bezeichnung Ihrer Erkrankung? _____
(z.B.: Bänderriss, Meniskusriss, Kniescheibenluxation,
Chondropathia patellae, etc.) _____

rechtes Knie linkes Knie

2. Welche Beschwerden/Symptome bestehen
/bestanden in Bezug auf die Erkrankung? _____
Wann? Wie oft? _____

3. Können Sie eine Ursache für Ihr Leiden nennen? nein
Wenn ja, welche? (z. B. Unfallfolge, angeboren ja _____
degenerative Veränderungen, chronische Überlastung, etc.)

4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? _____ (Monat/Jahr)

5. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?
 nein, keine Folgen/Beschwerden seit: _____
 ja, Art der Folgen/Beschwerden: _____

6. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Erkrankung nein
arbeitsunfähig gewesen? Dauer? ja, von _____ bis _____
von _____ bis _____

7. Besteht oder bestand eine Minderung der nein
Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung ja _____ % GdB/MdE
oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?

8. Bezogen oder beziehen Sie aufgrund Ihrer nein
Erkrankung eine Rente? ja - Leistungsträger: _____

9. Von wem (Arzt/Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?
Wann?

Name/Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

10. Wurde eine Röntgenuntersuchung, Computer-, Kernspintomographie o.Ä. durchgeführt? nein
 ja - am _____
 (Wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Art der Untersuchung, wann?, Ergebnis? Ggf. Erläuterungen bei krankhaftem Befund, z. B. Veränderungen an den Knien) kein krankhafter Befund
 krankhafter Befund _____
11. Werden/wurden Sie mit Medikamenten behandelt? nein
 Wenn ja, wann? Welche? Dosierung? ja, von _____ bis _____
 mit: _____ Dosierung: _____
12. Werden/wurden sonstige konservative Behandlungen vorgenommen? (z.B. Bandagen, Orthese, Wärmebehandlung, Krankengymnastik) _____

13. Ist eine operative Behandlung erfolgt oder geplant? nein
 Welche? Wann? Durch wen? Ggf. Ergebnis? ja - am _____
 Welche? _____

14. Wurde Ihnen im Zusammenhang mit dieser Verletzung ein Berufs- oder Tätigkeitswechsel angeraten bzw. haben Sie einen solchen vorgenommen? nein
 ja - früherer Beruf _____
 jetziger Beruf _____
15. Sind Sie in Ihrer Berufsausübung Belastungen der Knie ausgesetzt? (z.B. durch gebückte Arbeitstellungen, Zwangshaltungen, Tragen oder Bewegen von Lasten, lange Kfz.-Fahrten o.Ä.?) nein
 ja _____

16. Zusätzliche Angaben:

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

 Datum Unterschrift der zu versichernden Person Unterschrift des Antragstellers Z 14