



HanseMerkur

Selbstauskunft	Knie- und Sprunggelenke
Versicherungsscheinnummer:	_____
Anschrift Versicherungsnehmer:	_____
Zu versichernde Person (VP):	_____
Geburtsdatum VP:	_____

1. Wie lautet die vollständige Diagnose?	<input type="checkbox"/> Sehnenverletzung <input type="checkbox"/> Bruch <input type="checkbox"/> Knorpelschaden <input type="checkbox"/> Weichteilverletzung <input type="checkbox"/> Muskelverletzung <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Bandverletzung (<input type="checkbox"/> Dehnung, <input type="checkbox"/> Anriss, <input type="checkbox"/> Abriss) <input type="checkbox"/> Kreuzbandverletzung (<input type="checkbox"/> Dehnung, <input type="checkbox"/> Anriss, <input type="checkbox"/> Abriss) <input type="checkbox"/> Meniskusverletzung (<input type="checkbox"/> Dehnung, <input type="checkbox"/> Anriss, <input type="checkbox"/> Abriss) <input type="checkbox"/> Abnutzungserscheinungen <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Prothesen / künstliche Gelenke <input type="checkbox"/> Luxationen / Auskugelungen - Anzahl: _____ Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
2. Welche Körperteile sind betroffen?	<input type="checkbox"/> linkes Kniegelenk <input type="checkbox"/> rechtes Kniegelenk <input type="checkbox"/> linkes Sprunggelenk <input type="checkbox"/> rechtes Sprunggelenk <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
3. Wann ist die Verletzung eingetreten?		
4. Seit wann bestehen die Beschwerden?		
5. Wie stark sind Sie dadurch im täglichen Leben eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
6. Welche Medikamente nehmen Sie ein?	Name:	Dosierung:
	_____	_____
7. Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit?	<input type="checkbox"/> behandlungsfrei seit: _____ <input type="checkbox"/> beschwerdefrei seit: _____	
8. Liegt Ihnen ein aktueller Arztbericht vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dann reichen Sie uns diesen bitte ein	

Bitte Rückseite beachten

9. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung/Verletzung arbeitsunfähig?

nein

ja, seit wann? _____

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Diese Erklärung ist Bestandteil des Antrages bzw. Vertrages.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Personen
(unter 18 Jahren deren gesetzliche(r) Vertreter/-in)

Die ausgefüllte und unterschriebene Selbstauskunft schicken Sie bitte an:

HanseMerkur Allgemeine Versicherung AG

Abteilung SB2

Team Risikoprüfung

Siegfried-Wedells-Platz 1

20354 Hamburg

Telefon: (040) 4119 4860

E-Mail: shu-risikopruefung@hansemerkur.de