



HanseMercur

Selbstauskunft	Wirbelsäule
Versicherungsscheinnummer:	_____
Anschrift Versicherungsnehmer:	_____
Zu versichernde Person (VP):	_____
Geburtsdatum VP:	_____

1. Wie lautet die vollständige Diagnose?	
2. Seit wann bestehen die Beschwerden/Erkrankungen?	
3. Liegt den Beschwerden eine der folgenden Ursachen zugrunde?	<input type="checkbox"/> eine Wirbelsäulenverletzung, z.B. infolge zu schweren Hebens, einer schnellen Drehung oder eines Sturzes <input type="checkbox"/> eine Überbeanspruchung, z.B. durch zu langes Sitzen, Stehen oder durch Sport <input type="checkbox"/> eine Erkrankung der Wirbelgelenke <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Muskelverspannungen <input type="checkbox"/> eine Abnutzung <input type="checkbox"/> ein Bandscheibenvorfall <input type="checkbox"/> Wirbelgleiten <input type="checkbox"/> Skoliose, wenn ja: Grad der Verkrümmung _____ % <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
4. In welchen Bereichen treten die Beschwerden auf?	<input type="checkbox"/> des Nackens <input type="checkbox"/> der Lenden <input type="checkbox"/> der Brust <input type="checkbox"/> des ganzen Rückens <input type="checkbox"/> mit Ausstrahlung in: <input type="checkbox"/> die Schulter <input type="checkbox"/> die Arme <input type="checkbox"/> die Brust <input type="checkbox"/> das Gesäß <input type="checkbox"/> die Beine
5. Mit welchen Maßnahmen werden bzw. wurden die Beschwerden behandelt?	<input type="checkbox"/> Spritzen <input type="checkbox"/> Massagen <input type="checkbox"/> Gymnastik <input type="checkbox"/> Bäder <input type="checkbox"/> eine Operation <input type="checkbox"/> Wärmebehandlung <input type="checkbox"/> Packungen <input type="checkbox"/> ein Stützapparat <input type="checkbox"/> Behandlung mit Medikamenten
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 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