

# Gelenkerkrankungen - Z 11



Versicherungsscheinnr: /  
Versicherte Person:  
Geburtsdatum:  
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Unter welchen Erkrankungen oder Beschwerden der Gelenke einschließlich der Bänder und Sehnen leiden bzw. litten Sie?

\_\_\_\_\_

Welches Gelenk/welche Gelenke ist bzw. war betroffen?

\_\_\_\_\_

Wo trat die Erkrankung auf?  links  rechts  beidseitig

2. Die Erkrankung/Beschwerden treten bzw. traten auf:

Einmalig: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wiederholt: Seit wann? \_\_\_\_\_ Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Wie oft jährlich? \_\_\_\_\_ Wie lange jeweils? \_\_\_\_\_

Dauernd: Seit wann? \_\_\_\_\_

3. Welche Ursachen sind Ihnen für Ihre Gelenkerkrankungen/-beschwerden bekannt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Degenerative Veränderungen (Verschleiß) | <input type="checkbox"/> Blockierungen                                |
| <input type="checkbox"/> Fehlhaltung, Fehlbelastung              | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlstellungen                    |
| <input type="checkbox"/> Hüftgelenksveränderungen                | <input type="checkbox"/> Zerrung, Verstauchung                        |
| <input type="checkbox"/> Fraktur, sonstiger Unfall               | <input type="checkbox"/> Gelenküberlastung z.B. schweres Heben, Sport |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen               | <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache- Welche?                    |
| <input type="checkbox"/> Ursache nicht bekannt                   | _____   |

4. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der Gelenkerkrankung?

nein, keine Folgen/Beschwerden mehr seit: \_\_\_\_\_ (bitte Zeitraum angeben)

ja - Art der Folgen/Beschwerden: \_\_\_\_\_

5. Von wem wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?

Name/Anschrift Arzt	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

6. Wurden im Zusammenhang mit Ihrer Gelenkerkrankung ein Krankenhaus- oder Kuraufenthalt erforderlich?

nein  ja - Wann? \_\_\_\_\_

Name/Anschrift des Krankenhauses/ der Kuranstalt:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Wie wurden oder werden Sie behandelt:

Medikamente, Injektionen von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

regelmäßig  bei Bedarf

mit \_\_\_\_\_

Bestrahlungen, Fango

Krankengymnastik

Chirotherapie

Operation Wann? \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_

Operation geplant Wann? \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Behandlung Welche? \_\_\_\_\_

8. Bestehen neben der Gelenkerkrankung weitere Krankheitserscheinungen?

nein

ja - Welche? Seit wann? Wie häufig?

\_\_\_\_\_

9. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Dauer?

nein

ja, einmal von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

ja, mehrmals

10. Ist Ihnen in Verbindung mit Ihrer Gelenkerkrankung/-beschwerden ein Berufs- oder Tätigkeitswechsel angeraten worden?

nein

ja, bitte nähere Angaben

\_\_\_\_\_

11. 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 11