

Wirbelsäulenerkrankungen - Z 30



Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

1. Unter welcher/n Erkrankung(en) oder Beschwerden seitens der Wirbelsäule leiden bzw. litten Sie? _____

2. Wo sind Ihre Schmerzen genau lokalisiert? (z.B. Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule, Nacken, Schulterblatt, Hüfte, etc.) _____

3. Strahlen die Schmerzen aus? (z.B. in die Bauch- oder Nierengegend, in Gliedmaßen, in den Kopf etc.) _____

4. Bestehen oder bestanden diese Erkrankung(en) bzw. Beschwerden:

- einmalig? von _____ bis _____
- wiederholt? seit wann? _____ wann zuletzt? _____
- dauernd? seit wann? _____

5. Welche Ursachen sind Ihnen für Ihre Wirbelsäulenerkrankung/-beschwerden bekannt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Degenerative Veränderungen ("Verschleiß") | <input type="checkbox"/> Blockierungen |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Fehlhaltung |
| <input type="checkbox"/> Angeborene Wirbelsäulenveränderungen | <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann |
| <input type="checkbox"/> Hüftgelenksveränderung | <input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverkrümmung | <input type="checkbox"/> Wirbelbruch, sonstiger Unfall |
| <input type="checkbox"/> Zerrung, Verstauchung | <input type="checkbox"/> Ursache nicht bekannt |
| <input type="checkbox"/> Überbelastung des Rückens (z.B. schweres Heben, Sport) | <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache - Welche? _____ |

6. Bestehen daneben weitere Krankheitserscheinungen?

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja - | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| | | <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden, Gicht | <input type="checkbox"/> Nervenschmerzen |
| | | <input type="checkbox"/> Entzündliche Gelenkveränderungen | <input type="checkbox"/> Sonstige - Welche? _____ |

7. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der Wirbelsäulenerkrankung?

- nein, keine Folgen oder Beschwerden mehr seit: _____
- ja, Art der Folgen/Beschwerden: _____

8. Wie wurden oder werden Sie behandelt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medikamente: _____ | <input type="checkbox"/> Massage |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapie | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik |
| <input type="checkbox"/> Operation - am: _____ | <input type="checkbox"/> Operation geplant - am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlung, Fango | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Behandlungen _____ | |

9. Bei welchem Arzt stehen/standen Sie wegen Ihrer Beschwerden/Erkrankung in Behandlung? _____

10. Hat bereits ein Krankenhaus- oder Kuraufenthalt stattgefunden oder ist ein solcher angeraten? nein
 ja, von _____ bis _____

Name/Anschrift des Krankenhaus/Kuranstalt: _____

11. 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 Wirbelsäule oder Bandscheiben) kein krankhafter Befund
 krankhafter Befund

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

13. Haben Sie wegen Ihrer Beschwerden/Erkrankung einen Berufswechsel vorgenommen oder wurde dieses ärztlicherseits angeraten? nein
 ja, bitte nähere Angaben _____

14. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen? ja
 nein, Einschränkungen _____

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

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 30