

Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet? (Diagnose)

Ist die Ursache der Erkrankung bekannt?

ja nein

Falls ja, welche Ursache?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | <input type="checkbox"/> Abnutzung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Gelenktumor | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> Vaskulitiden |
| <input type="checkbox"/> Sarkoidose | <input type="checkbox"/> Fehlstellung des Gelenks | <input type="checkbox"/> Verrenkungen, Luxationen des Gelenks | <input type="checkbox"/> Systemischer Lupus Erythematoses |
| <input type="checkbox"/> Infektion ggf. welche? | | | |

ggf. welche sonst?

Welche(s) Gelenk(e) ist (sind) bzw. waren betroffen?

Wie machen sich die Beschwerden bemerkbar?

- | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Erguss | <input type="checkbox"/> Gelenkschwellung | <input type="checkbox"/> Erwärmung | <input type="checkbox"/> Krankheitsgefühl / Abgeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Knochenanbauten | <input type="checkbox"/> Schmerzen | |
| <input type="checkbox"/> Rötung | <input type="checkbox"/> Knirschen im Gelenk | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung/Gelenksteife | |

Durch:

ggf. welche sonst?

Wann traten die Beschwerden erstmals auf?

Monat Jahr

Traten die Beschwerden schön öfters auf? Falls ja, wann und in welchen zeitlichen Abständen?

ja nein Monat Jahr von bis

Bestehen derzeit Beschwerden?

ja nein Monat Jahr

Welche Beschwerden und seit wann?

Besteht Beschwerdefreiheit?

ja nein Monat Jahr

Falls ja, seit wann?

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt, wie lauten die Befunde?

Welche Behandlungen wurden bisher durchgeführt?

Medikamente verordnet?

ja nein Monat Jahr

Welche Medikamente werden/wurden in welcher Dosierung eingenommen?

Operationen?

ja nein Monat Jahr

Falls ja, welche und wann?

Künstliche Gelenke?

ja nein Monat Jahr

Falls ja, welche und wann?

Sonstige Behandlungen?

ja nein

Falls ja, welche?

Wurden Kur- und Sanatoriumsbehandlungen oder Anschlussheilverfahren durchgeführt?

ja nein

Falls ja, welche wann und wo? (Bitte Kurbericht beifügen)

Monat Jahr

Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Sind weitere Untersuchungen oder
Behandlungen angeraten oder
geplant?

ja nein

Falls ja, welche, wann?

Monat

Jahr

Wann fand die letzte Behandlung statt?

Bei welchen Ärzten/Krankenhäusern
fanden bisher Behandlungen statt?

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person