

## Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet? (Diagnose)

Worauf ist die Erkrankung zurückzuführen?

einen Unfall?  einen angeborenen Fehler?

Sonstige Ursachen

Seit wann bestehen Beschwerden bzw. wann ereignete sich der Unfall?

Monat    Jahr

 

Welche Körperteile sind betroffen?

linkes Kniegelenk     rechtes Kniegelenk  
 linkes Sprunggelenk     rechtes Sprunggelenk

Sonstige Körperteile

Art der Schädigungen?

Sehnenverletzung     Muskelverletzung     Abnutzungserscheinungen  
 Bruch     Knorpelschaden     Arthrose     Weichteilverletzung  
 Bandverletzung (  Dehnung     Anriss     Abriss )  
 Kreuzbandverletzung (  Dehnung     Anriss     Abriss )  
 Meniskusverletzung (  Dehnung     Anriss     Abriss )

Sonstige Schädigungen

Die Untersuchungen bzw. Behandlungen erfolgten

durch den Hausarzt     durch einen Heilpraktiker  
 durch einen Facharzt, z. B. einen Orthopäden     im Krankenhaus  
 in der Kurklinik oder im Sanatorium

Wann und wie lange fanden in den letzten Jahren jeweils Behandlungen statt?

Monat    Jahr    von    bis    von    bis

Welche Maßnahmen wurden vom Heilbehandler angeordnet bzw. vorgenommen?

Spritzen     Bäder     Gips     Krankengymnastik     Verbände  
 Meniskus geglättet     Packungen     Wärmebehandlung, z. B. Bestrahlungen  
 Medikamente     Operation

Welche Operation wurde durchgeführt?

Welche Medikamente werden/wurden in welcher Dosierung eingenommen?

Ist die Bewegungsfähigkeit wieder hergestellt?

nein     ja, teilweise  
 ja, vollständig

Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit?

ja     nein

Falls ja, seit wann?

Monat    Jahr

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