

Versicherungsnehmer

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet? (Diagnose)

Seit wann bestehen bzw. bestanden die Beschwerden? Monat Jahr

Über welche Zeiträume bestanden in den letzten 5 Jahren Beschwerden? von bis von bis von bis

In welchem Bereich treten die Beschwerden auf: Hals (HWS) Lenden (LWS) Brust (BWS)
 Mit Ausstrahlung in: Schulter Beine Brust
 Gesäß Arme

Liegt den Beschwerden eine der folgenden Ursachen zugrunde?

eine Wirbelsäulenverletzung, z.B. infolge zu schweren Hebens, einer schnellen Drehung oder eines Sturzes eine Überbeanspruchung, z. B. durch zu langes Sitzen, Stehen oder durch Sport

Erkrankung der Wirbelgelenke Muskelverspannungen Wirbelgleiten
 Rückgratverkrümmung Bandscheibenvorfall Abnutzung
 Skoliose

Sonstige Beschwerden:

Die Untersuchungen bzw. Behandlungen erfolgten im Krankenhaus durch einen Heilpraktiker durch einen Facharzt
 durch den Hausarzt durch einen Orthopäden in einer Kurklinik/Sanatorium

Welche Maßnahmen wurden vom Heilbehandler angeordnet bzw. vorgenommen?

Spritzen Bäder Krankengymnastik
 Packungen Operation Wärmebehandlung, z. B. Bestrahlungen
 Massagen ein Stützapparat Medikamente

Welche Medikamente werden/wurden in welcher Dosierung eingenommen?

Sonstige Maßnahmen

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