

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

1. Wie wurde die Erkrankung bezeichnet?

- | | |
|---|---|
| ☐ Wirbelgleiten/Spondylolisthesis | ☐ Hexenschuss/Lumbalgie/Ischialgie |
| ☐ Bandscheibenvorfall | ☐ HWS-/BWS-/LWS-Syndrom |
| ☐ Verspannungen | ☐ Bandscheibenvorwölbung |
| ☐ Arthrose | ☐ Wirbelblockierung |
| ☐ Wirbelsäulenfehlstellung (z.B. Skoliose) | ☐ Geschwulst/Tumor |

Haben Sie ein Korsett getragen?

☐ nein

☐ ja, von – bis (Datum)

Ist bei Ihnen ein Cobb-Winkel bekannt?

☐ nein

☐ ja, Grad:

☐ Andere Diagnose (z. B. chronisches Schmerzsyndrom, Fibromyalgie, rheumatische Erkrankung)

2. Welche Art von Beschwerden haben Sie? (Probleme beim Gehen, Hexenschuss, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Verspannungen)

3. Häufigkeit der Beschwerden

☐ einmalig

☐ mehrfach, erstmalig

letztmalig

☐ dauerhaft, seit

4. Waren Sie aufgrund Ihrer Beschwerden innerhalb der letzten 5 Jahre arbeits-, schul- oder Studien unfähig?

☐ nein

☐ ja

Sind Folgen oder Beschwerden zurückgeblieben?

☐ nein

Völlige Beschwerdefreiheit seit:

☐ ja

Welche?

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

5. Wann erfolgten Behandlungen?

ambulant

von – bis

Name und Fachgebiet des Arztes, Physiotherapeuten, Heilpraktikers

stationär (bitte Entlassungsbericht beifügen)

von – bis

Name des Krankenhauses

Heilstätten, Sanatorium, Kur (bitte Entlassungsbericht beifügen)

von – bis

Name der Kurklinik

6. Art der Behandlungen? (z. B. Massagen, Krankengymnastik, Spritzen, Tabletten,)

Welche?

Medikamente

☐ nein Name des Medikaments

☐ ja

Nehmen Sie noch Medikamente?

☐ nein Welche? Menge? Wie oft?

☐ ja

7. Operationen

☐ nein Welche? Wann?

☐ ja

Wurde bei der Operation Fremdmaterial verwendet?

☐ nein

☐ ja

Ist das Fremdmaterial noch vorhanden? ☐ ja ☐ nein, seit

8. Hatten Sie Röntgenuntersuchung, Magnetresonanztomographie oder Computertomographie?

☐ nein

☐ ja

Welche?

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei unseren Auflistungen um Beispiele handelt.

9. Besteht bei Ihnen eine Beinlängendifferenz?

☐ nein

☐ ja cm

10. Haben Sie eine Nervenwurzelkompression? (z. B. Blasen- oder Darmprobleme)

☐ nein

☐ ja

11. Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an oder wurde dieser ärztlich angeraten?

☐ nein

☐ ja

Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel bereits erfolgt?

☐ nein

☐ ja, aufgrund

12. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente wegen Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit und/oder besitzen oder beantragen Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht?

☐ nein

MdE in %?

GdB in %?

☐ ja

Aus welchem Grund?