

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?** (z. B. Amputation, Verschleiß, Bewegungseinschränkung Gelenk-, Muskelrheumatismus, Gelenkentzündung, Wirbelgleiten, Arthrose)

2. **Welche Gelenke sind betroffen?**

Welche Seite ist betroffen?

☐ rechts

☐ links

☐ beidseits

Sind Sie:

☐ Rechtshänder

☐ Linkshänder

3. **Welche Art von Beschwerden haben Sie?**

4. **Ursachen der Beschwerden?**

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. Massage, Röntgenbestrahlungen)
Welche?

Anzahl der Behandlungen?

In welchen Zeitabständen?

Nach- und Vorname (zu versichernde Person)

Geburtsdatum

Größe/Gewicht

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

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

☐ nein

☐ ja

Sind Sie derzeit noch in Behandlung?

☐ nein Name und Anschrift des Behandlers/Therapeuten

☐ ja

Weitere Untersuchungen?

☐ nein Welche? Wann?

☐ 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.

- 9. Sind die betroffenen Gelenke bei Ihrer beruflichen Tätigkeit einer hohen Belastung ausgesetzt oder werden die Beschwerden dadurch verstärkt?**

☐ nein

☐ ja

- 10. Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an oder wurde dieser ärztlich angeraten?**

☐ nein

☐ ja

Ist ein solcher Arbeitsplatzwechsel bereits erfolgt?

☐ nein

☐ ja, aufgrund

- 11. 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?