

## Fragebogen Bewegungsapparat

### Angaben zur versicherten Person

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Datum der Antragstellung

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

männlich  
 weiblich

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.  
Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrages.

### Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 5 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 10 Jahren**.

### Krankheiten

Bestehen oder bestanden bei Ihnen eine der genannten **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen?**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lumbago   | <input type="checkbox"/> Bänderverletzung      | <input type="checkbox"/> Psoriasisarthritis        |
| <input type="checkbox"/> Hexenschuss   | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie          | <input type="checkbox"/> Schultergelenkserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Rheuma                | <input type="checkbox"/> Hüftgelenkserkrankung     |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall   | <input type="checkbox"/> rheumatoide Arthritis | <input type="checkbox"/> Kniegelenkserkrankung     |
| <input type="checkbox"/> Meniskuserkrankung  | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew      | <input type="checkbox"/> Sprunggelenkserkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Kreuzbandverletzung   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Gelenkverschleiß/Arthrose (Angabe von jeweils betroffenem Gelenk/Seite) |  |  |

- Verletzung (bitte diese hier angeben) \_\_\_\_\_
- Krebserkrankungen (dann bitte immer den Fragebogen Tumore/Blutkrankheiten ausfüllen)
- andere hier nicht genannte Erkrankungen (bitte diese hier angeben)

**Ergänzende Angaben** zu der jeweiligen Erkrankung. Bei mehreren Erkrankungen bitte die Fragen für **jede Erkrankung getrennt beantworten.**

**Genaue medizinische Diagnose** \_\_\_\_\_

**Beginn**  
(MM.JJJJ)

**ggf. Ende**  
(MM.JJJJ)

Wie oft bestanden die Beschwerden  
und welcher Art?




Bestehen **Folgen** der Erkrankung?  nein  ja Welche? \_\_\_\_\_

**Genaue medizinische Diagnose** \_\_\_\_\_

**Beginn**  
(MM.JJJJ)

**ggf. Ende**  
(MM.JJJJ)

Wie oft bestanden die Beschwerden  
und welcher Art?




Bestehen **Folgen** der Erkrankung?  nein  ja Welche? \_\_\_\_\_

**Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.**

### Wirbelsäulen- verkrümmung

Liegt bei Ihnen eine **Wirbelsäulenverkrümmung** vor?  nein  ja

Umfang der Wirbelsäulenverkrümmung? \_\_\_\_\_ Cobb-Winkel (falls bekannt) \_\_\_\_\_

### Beinverkürzung

Liegt bei Ihnen eine **Beinverkürzung** vor?  nein  ja

Umfang der Beinverkürzung?  links  cm  rechts  cm

### Blut- und Laborwerte

Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** (Leberwerte, Hepatitisviren, usw.) bekannt?

nein  ja (ggf. Fotokopie beifügen)

**Art des Wertes**

**Wert**

**Datum (MM.JJJJ)**

(ggf. ungefährer Zeitpunkt)










### Untersuchungen/ Behandlungen

Wann erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** bzw. sind diese geplant?

1. Röntgenuntersuchung
2. Kernspin
3. Computertomographie
4. Operation
5. andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (bitte diese hier angeben)

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

**Befund/Maßnahme**

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

**Befund/Maßnahme**

**Medikamente**Welche **Medikamente** (Tabletten, auch Spritzen vom Arzt usw.) sind bzw. wurden verordnet?

Name des Medikaments \_\_\_\_\_

Einnahme Beginn  
(MM.JJJJ)ggf. Einnahme Ende  
(MM.JJJJ)

Dosis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name des Medikaments \_\_\_\_\_

Einnahme Beginn  
(MM.JJJJ)ggf. Einnahme Ende  
(MM.JJJJ)

Dosis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Arbeitsunfähig**Waren Sie wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **arbeitsunfähig**?  nein  ja

Diagnose \_\_\_\_\_

Zeitraum (ggf. ungefährer Zeitpunkt) \_\_\_\_\_

**Notarztbehandlung**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen eine **Notarztbehandlung**? nein  ja, bitte Datum (TT.MM.JJJJ) angeben 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grund \_\_\_\_\_

**Krankenhausbehandlungen, Rehas und Kuren****Bitte beachten Sie: Die folgende Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 10 Jahren!**Erfolgte wegen der Erkrankungen/Funktionsstörungen **in den letzten 10 Jahren** eine **stationäre Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme (Reha), Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Kur**? Bei einer AHB oder Kur bitte auch das Ergebnis angeben.

Diagnose \_\_\_\_\_

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diagnose \_\_\_\_\_

Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Behandelnde Ärzte**Von **welchem Arzt oder Krankenhaus** wurden Sie wegen Ihrer **angegebenen** Erkrankungen/Beschwerden untersucht oder behandelt? Bitte machen Sie soweit wie möglich genaue Angaben über Arzt/Krankenhaus, Zeitraum und Behandlung.

Name und Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zeitpunkt/Zeitraum      welche Untersuchung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zusätzliche Angaben**Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und **schriftlich nach**. Folgen noch weitere Angaben? (**Bitte immer beantworten**) **alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben** **es folgen noch Angaben** **zusätzliche Angaben sind beigelegt**

Anzahl Extrablätter \_\_\_\_\_

**Schlusserklärung und Unterschrift**Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat**.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters) \_\_\_\_\_