

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660

61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Kniegelenkerkrankungen/-verletzungen

1. Wie bezeichnete der Arzt/der Therapeut das Leiden?	
2. Welche Kniegelenke waren oder sind betroffen?	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig
3. Sind Beschwerden im Bereich der Kniegelenke aufgetreten (z.B. Kniegelenkschmerzen, Bewegungseinschränkungen, Belastungsminderungen, Blockierungen, Schwellungen, Kniegelenkerguss)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann erstmals? [][] [][] [][][][] Wann zuletzt? [][] [][] [][][][] Welche Beschwerden, in welchen Abständen?
4. Gibt es Auslöser für diese Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?

<p>5. Haben Sie aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und, falls außerhalb dieses Zeitraumes, auch den ersten Behandler. Bitte ggf. ein Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja,</p> <p>1.) Name und Anschrift des Arztes/Therapeuten:</p> <p>erstmals aufgesucht am: _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>zuletzt aufgesucht am: _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>2.) Name und Anschrift des Arztes/Therapeuten:</p> <p>erstmals aufgesucht am: _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>zuletzt aufgesucht am: _ _ . _ _ . _ _ _ _ _ </p>
<p>6. Wurde eine bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen (auch CT), Kernspintomographie, Szintigraphie/nuklearmedizinische Untersuchung oder Ultraschalluntersuchung) diesbezüglich durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Untersuchung und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes/der Einrichtung)</p> <p>(Befund bitte beifügen)</p>
<p>7a) Wurden Arthroskopien (Kniegelenkspiegelungen) oder andere Knieoperationen durchgeführt? Falls ja, bitte Operationsberichte beifügen oder die weiteren Punkte der Frage 7 beantworten.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann jeweils?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes/des Krankenhauses)</p>
<p>7b) Wurde eine Meniskusoperation durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wurde der Innenmeniskus</p> <p><input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> vollständig entfernt?</p> <p>und/oder der Außenmeniskus</p> <p><input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> vollständig entfernt?</p>

<p>7c) Wurde eine Kreuzbandoperation durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wurde das Kreuzband genäht oder wurde eine Kreuzbandersatzplastik eingesetzt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls ja, mit welchem Material?</p>
<p>7d) Wurde eine Operation im Bereich der Kniescheibe durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Maßnahme wurde durchgeführt?</p>
<p>7e) Wurde eine Operation am Gelenkknorpel, der Gelenkschleimhaut oder den Knochen durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Maßnahme wurde durchgeführt?</p>
<p>7f) Wurde bei einer Operation Fremdmaterial eingebracht (zum Beispiel Schrauben, Platten oder ein künstliches Gelenk)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, was und wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes/des Krankenhauses)</p>
<p>7g) Wurde das Fremdmaterial mittlerweile wieder entfernt oder ist eine Entfernung vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wann?</p> <p>Von wem? (Name und Anschrift des Arztes/des Krankenhauses)</p>
<p>8. Waren aufgrund der Beschwerden/der Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus/stationäre Rehabilitationsmaßnahmen/ Kuren notwendig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche und wann?</p> <p>Wo? (Name und Anschrift des Krankenhauses/der Einrichtung)</p> <p>(Befund bitte beifügen)</p>

9. Wie wurde/wird ansonsten
behandelt?

Keine Behandlung

Schmerzmittel

Medikamentenname: _____

von |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_| bis |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

Wie oft täglich? _____

Kortisontabletten

Medikamentenname: _____

von : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_| bis : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

Wie oft täglich? _____

andere Medikamente

Medikamentenname: _____

von : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_| bis : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

Wie oft täglich? _____

Medikamentenname: _____

von : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_| bis : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

Wie oft täglich? _____

Krankengymnastik

von : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_| bis : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

Wie oft wöchentlich? _____

Massagen

von : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_| bis : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

Wie oft wöchentlich? _____

Akupunktur/Schmerztherapien

von : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_| bis : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

Wie oft wöchentlich? _____

andere Therapien

welche?: _____

von : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_| bis : |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

Wie oft wöchentlich? _____

ALTE LEIPZIGER
Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit

<p>10. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Kraftminderungen, Instabilitäten oder Schwellung der Kniegelenke)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>11. Haben die Beschwerden/ Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, zu welchen?</p>
<p>12. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, wie oft? _____ mal</p> <p>von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ </p> <p>von : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ bis : _ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ </p>
<p>13. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Kniegelenksstützen oder eine Gehilfe?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p>
<p>14. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, empfohlene Tätigkeit?</p>
<p>15. Üben Sie kniegelenksbelastende Tätigkeiten aus (z.B. Arbeiten im Knien oder Hocken, häufiges Treppensteigen oder Arbeiten auf unebenem Untergrund)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche?</p> <p>Wie lange und wie oft durchschnittlich pro Woche?</p>
<p>16. Wie viele Stunden pro Tag stehen oder gehen Sie durchschnittlich?</p>	<p>ca. _____ Stunden</p>

<p>17. Müssen Sie regelmäßig schwer (mehr als 10 kg) heben oder tragen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, welche Gegenstände werden bewegt?</p> <p>Wie viel kg wiegen die Lasten?</p> <p>Wie oft müssen die Lasten pro Tag bewegt werden?</p>
<p>18. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?</p>	<p>Name und Anschrift des Arztes:</p>
<p>Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).</p>	
<p>Ort, Datum</p>	<p>Unterschrift der zu versichernden Person, falls minderjährig, auch die der gesetzlichen Vertreter</p>