

Fragebogen Kniegelenkserkrankungen

Zur Krankenversicherung

Versicherungs-Nr. / Partner-Nr.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Bitte geben Sie sämtliche Umstände an, auch wenn Sie ihnen nur geringfügige Bedeutung beimessen. Wenn Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Benötigen Sie Unterstützung? Wir sind gerne für Sie da: von Montag bis Freitag, 8:00 Uhr – 18:00 Uhr unter unserer Servicenummer 0621/427-4000.

FRAGEN	ANTWORTEN
1. Wie lautet die genaue Diagnose der Erkrankung?	<div><input type="checkbox"/> Riss des vorderen Kreuzbandes</div> <div><input type="checkbox"/> Patellasehnenreizung</div> <div><input type="checkbox"/> Riss des hinteren Kreuzbandes</div> <div><input type="checkbox"/> Patellaluxation</div> <div><input type="checkbox"/> Meniskusriss</div> <div><input type="checkbox"/> Patellafraktur</div> <div>Sonstiges: <input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>
Welche Ursache ist ggf. bekannt? (z. B. Verletzungs-/unfallbedingt, degenerativ/Arthrose usw.)?	<input type="text"/>
Sind Sie Freizeitsportler?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche Sportart üben Sie aus?	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
2. Welche Seite ist betroffen (rechts/links/beidseitig)?	<input type="text"/>
3. Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung?	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
4. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt? (z. B. Röntgen, Arthroskopie usw.)? Bitte reichen Sie eine Kopie des Befundberichtes ein.	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
5. Wie werden bzw. wurden Sie behandelt (z. B. Massagen, Krankengymnastik usw.)?	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
6. Wurden Sie operiert oder ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, wann?	<input type="text"/>
Bei Meniskusoperationen: Teilentfernung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Totalentfernung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bitte reichen Sie eine Kopie des Krankenhausentlassungsberichtes ein.	

FRAGEN

ANTWORTEN

7. Wurde Fremdmaterial eingesetzt?

☐ nein ☐ ja

Ist dieses zum Verbleib bestimmt?

☐ nein ☐ ja

Wann ist eine evtl. Entfernung erfolgt bzw. vorgesehen?

Wurde ein künstliches Gelenk eingesetzt?

☐ nein ☐ ja

8. Benötigen Sie Hilfsmittel (z. B. Gehstützen, Kompressionsstrümpfe, Einlagen, Bandagen, Orthesen usw.?) Wenn ja, welche?

☐ nein ☐ ja9. Welche Medikamente nahmen/nehmen Sie ein?
Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung, die Dosis und die Einnahmezeiträume an.

10. Wie lange und wann bestand Arbeitsunfähigkeit?

11. Besteht Beschwerdefreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit

Besteht Behandlungsfreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit

12. Welche Beschwerden bestehen noch?

☐ Schwellung☐ Kraft-/Belastungsminderung☐ Erguss☐ Instabilität☐ Bewegungseinschränkung☐ Blockierung☐ Schmerzen:☐ bei Belastung☐ in Ruhe

Wie oft?

☐ Sonstiges

Welche Behandlungen stehen noch an?

13. Sind dauerhafte Schäden/Behinderungen geblieben?

☐ nein ☐ ja

Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor?

☐ nein ☐ ja

14. Wurden Kuren, Heilverfahren, Reha-Maßnahmen durchgeführt oder angeraten?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wann, über welchen Zeitraum und mit welchem Ergebnis?

Bitte reichen Sie eine Kopie des Kurberichtes ein.

15. Bitte geben Sie Größe und Gewicht an.

16. zusätzliche Anmerkungen / weitere Infos / Sonstiges:

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit vorstehender Angaben. Über die hier schriftlich festgehaltenen Antworten hinaus habe ich gegenüber dem Vermittler keine weiteren mündlichen oder schriftlichen Angaben gemacht.

Unterschrift der zu versichernden Person o. des gesetzl. Vertreters

Ort

Datum



* 3 5 0 0 0 *