

Fragebogen Kniegelenkerkrankungen

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?

Riss des vorderen Kreuzbandes

Patellasehnenreizung

Riss des hinteren Kreuzbandes

Patellaluxation

Meniskusriss

Patellafraktur

Sonstiges:

Welche Ursache ist ggf. bekannt?

(z. B. verletzungs-/unfallbedingt, degenerativ/Arthrose usw.)?

Sind Sie Freizeitsportler?

nein ja

Wenn ja, welche Sportart üben Sie aus?

2. Welche Seite ist betroffen (rechts/links/beidseitig)?

3. Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung?

4. Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

(z. B. Röntgen, Arthroskopie usw.)?

Bitte reichen Sie eine Kopie des Befundberichtes ein.

5. Wie werden bzw. wurden Sie behandelt
(z. B. Massagen, Krankengymnastik usw.)?

6. Wurden Sie operiert oder ist eine Operation vorgesehen?

nein ja

Wenn ja, wann?

nein ja

Bei Meniskusoperationen: Teilentfernung?

nein ja

Totalentfernung?

nein ja

Bitte reichen Sie eine Kopie des Krankenauslassungsberichtes 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 ja

9. 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 *