



## Fragebogen Sehnen / Bänder

→ Bitte verwenden Sie für jede betroffene Sehne und jedes betroffene Band einen eigenen Fragebogen!

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

1. Welche Sehnen bzw. welche Bänder sind / waren betroffen?

a) \_\_\_\_\_

b)  Links  Rechts  Beidseitig

2. Wie lautet die Diagnose?

\_\_\_\_\_

3. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten mit:

a) Erstmaliges Auftreten der Beschwerden: \_\_\_\_ . \_\_\_\_

b) Welche Beschwerden haben / hatten Sie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Letztmaliges Auftreten der Beschwerden: \_\_\_\_ . \_\_\_\_

4. Sind weitere Strukturen mitbetroffen?

Zum Beispiel Knochen, Muskeln, Menisken, Gelenke, Knorpel

Nein

Ja

Welche?

\_\_\_\_\_

5. Welche Behandlungen / Therapien werden / wurden durchgeführt?

Bitte machen Sie nähere Angaben: Wann? Wie häufig? Behandlungsdauer?

Keine Behandlung

Operationen: \_\_\_\_\_

Kuren / Rehas: \_\_\_\_\_

Physiotherapien: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Bitte reichen  
Sie uns die  
Berichte ein!

6. Bestehen Folgen / Bewegungseinschränkungen?

Nein

Ja

Bitte machen Sie nähere Angaben: Welche? Wann? Wie häufig?

---

---

---

7. Waren Sie wegen dieser Erkrankung / Beschwerden arbeitsunfähig?

Bei Schülern und Studenten geben Sie bitte die krankheitsbedingten Fehltage an:

Nein

Ja, von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Tage

von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Tage

von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Tage

8. Von welchen Ärzten werden / wurden Sie wegen dieser Erkrankung / Beschwerden behandelt?

Bitte geben Sie Name, vollständige Anschrift und Fachrichtung an:

---

---

---

**Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können. Ich bestätige, dass sich mein Gesundheitszustand seit Antragstellung nicht verändert hat. Ärztliche Beratungen oder Behandlungen waren nicht erforderlich.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des volljährigen  
zu Versichernden  
(falls nicht Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des  
gesetzlichen Vertreter/s  
(bei minderjährigen zu Versichernden)