

Fragebogen Wirbelsäule / Rückenbeschwerden

Name: _____ Geb.-Datum: _____

1. Welche Bereiche der Wirbelsäule sind / waren betroffen?
- Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule
 Steißbein Kreuzbein
2. Wie lautet die Diagnose?
- HWS- / BWS- / LWS-Syndrom Blockierung
 Hexenschuss / Lumbago Morbus Bechterew
 Verspannungen / Myogelosen
 Bandscheibenvorfall / -prolaps / -vorwölbung / -protrusion
 Degenerative Veränderungen / Verschleiß / Arthrose
 Skoliose Bitte Cobb-Winkel angeben: _____
 Sonstige: _____

3. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten mit:
- a) Erstmaliges Auftreten der Beschwerden: ____ . ____

b) Weitere Angaben zu den Beschwerden innerhalb der letzten 5 Jahre:

Zeitpunkt des Auftretens	Jeweilige Beschwerdedauer in Tagen	Behandlung / Therapie Zum Beispiel Krankengymnastik / Massagen / Fango / Manuelle Therapie / Chirotherapie / Osteopathie / Injektionen, Neuraltherapie Welche? Wie häufig?	Medikamente Bitte nennen Sie Name, Einnahmehäufigkeit und -zeitraum, Dosierung	AU Tage
____ . ____		<input type="checkbox"/> keine Behandlung		
____ . ____		<input type="checkbox"/> keine Behandlung		
____ . ____		<input type="checkbox"/> keine Behandlung		

➔ Bitte verwenden Sie gegebenenfalls ein Zusatzblatt.

c) Behandlung abgeschlossen seit: ____ . ____

4. Bitte beschreiben Sie die Vorgeschichte und Entwicklung Ihrer Beschwerden:

a) Treten oder traten die Beschwerden situativ auf?

Nein, durchgängig

Ja

Bitte geben Sie das jeweilige Beschwerdebild an: Welche Beschwerden? In welchen Situationen? Wann? Wie häufig? Wie lange?

b) Ergreifen Sie präventive Maßnahmen?

Nein

Ja

Bitte geben Sie an: Welche? Seit wann? Wie häufig pro Woche? Wie viele Stunden pro Woche?

5. Wurden Röntgen-, Kernspin- / MRT- oder CT-Aufnahmen angefertigt?

Nein

Ja

Bitte geben Sie an: Wann? Wo? Befund?

**Bitte reichen
Sie uns die
Berichte ein!**

6. Befanden Sie sich in einer teil- / stationären Behandlung zum Beispiel Reha oder Kur?

Nein

Ja

Bitte geben Sie an: Welche? Wann? Wo? Wie lange?

**Bitte reichen
Sie uns die
Berichte ein!**

7. Bestehen Folgen / Bewegungseinschränkungen?

Nein

Ja

Bitte geben Sie an: Welche? Wann? Wie häufig?

8. Ist aufgrund der genannten Erkrankungen / Beschwerden bereits ein Tätigkeitswechsel erfolgt, beabsichtigt oder angeraten?

Nein

Ja

Bitte geben Sie an: Wann? Warum? Vorherige Tätigkeit? Derzeitige beziehungsweise geplante Tätigkeit?

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

Bitte geben Sie Name, vollständige Anschrift und Fachrichtung an:

**Liegen Ihnen ärztliche Unterlagen vor?
Bitte reichen Sie uns diese ein.**

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 zu Versichernden