

## ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNG Erkrankungen des Bewegungsapparates

Zu versichernde Person

Geburtsdatum

Beruf

Antrag Nr.

### Wir bitten um detaillierte Angaben!

**Jede Frage einzeln mit Worten beantworten, nicht mit Strichen oder sonstigen Zeichen.**

**1. Wie äußerte sich die Erkrankung?**

(z.B. Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Gefühlsstörungen, Lähmungen, Kraftminderung, Muskelschwund, Schwellungen)

**Welche Körperregionen bzw. Gelenke waren betroffen?**

**2. Wann traten die Beschwerden auf? (Monat/Jahr)**

**Von wann bis wann waren Sie in ärztlicher Behandlung? (Monat/Jahr)**  
(Bitte Name und Anschrift der Ärzte angeben)

**Haben Sie jetzt noch Krankheitserscheinungen bzw. Beschwerden?**     ja     nein  
Wenn ja, welche und bei welchen Anlässen treten diese auf (z. B. bei Belastungen)?

**3. Wie wird/wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (Diagnose)?**

(z.B. Wirbelsäulenverkrümmung, Bandscheibenschaden, Morbus Bechterew, Rheuma, Arthritis, angeborene Muskelerkrankung, Arthrose, Nerveinklemmung, Verschleißerscheinungen, Bänder-/Sehnenerkrankung, Verletzungs- oder Unfallfolgen  
(Bitte geben Sie uns, wenn möglich, nähere Auskunft)

**4. Ist Ihnen die Ursache der Erkrankung bekannt**

ja     nein

Wenn ja, welche?

**5. Mit welchen Medikamenten wurden Sie behandelt?**

(Bitte jeweils die Dosis angeben)

**Welche Medikamente werden weiterhin verordnet?**

(Bitte jeweils die Dosis angeben)

**6. Wurden andere therapeutische Maßnahmen durchgeführt/empfohlen?**     ja     nein

Wenn ja, welche?

<b>7. Welche speziellen Untersuchungen oder Krankenhausbehandlungen wurden durchgeführt?</b> (z.B. Röntgenuntersuchungen, Computertomogramm, Laboruntersuchungen)		
Untersuchung/Behandlung mit Datum (Monat/Jahr)	Arzt-/Krankenhaus- anschrift	Ergebnis der Untersuchung/Behandlung
<b>8. Sind Sie operiert worden?</b> <span style="float: right;"><input type="radio"/> ja    <input type="radio"/> nein</span> Wann? (Monat/Jahr)		
<b>Welcher Art war die Operation?</b> (Bitte Anschrift des Krankenhauses angeben)		
<b>Sind weitere Operationen vorgesehen/angeraten?</b> <span style="float: right;"><input type="radio"/> ja    <input type="radio"/> nein</span> Wenn ja, welcher Art und zu welchem Zeitpunkt? (Monat/Jahr)		
<b>9. Lag Bösartigkeit vor?</b> <span style="float: right;"><input type="radio"/> ja    <input type="radio"/> nein</span> Wenn ja, wann wurde die letzte Nachsorgeuntersuchung durchgeführt und mit welchem Ergebnis? (Monat/Jahr)		
<b>10. Wurde eine Chemotherapie oder Strahlenbehandlung durchgeführt?</b> <span style="float: right;"><input type="radio"/> ja    <input type="radio"/> nein</span> Wenn ja, von wann bis wann? (Monat/Jahr) (Bitte die Anschrift des Krankenhauses angeben)		
<b>11. Hatten Sie eine Kurbehandlung?</b> <span style="float: right;"><input type="radio"/> ja    <input type="radio"/> nein</span> Wenn ja, welcher Grund lag für die Kur vor?		
<b>Von wann bis wann wurde die Kur durchgeführt?</b> (Monat/Jahr)		
<b>12. Liegen Ihnen ärztliche Unterlagen vor?</b> <span style="float: right;"><input type="radio"/> ja    <input type="radio"/> nein</span> Wenn ja, überlassen Sie uns diese bitte zur kurzfristigen Einsichtnahme.		

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich weiß, daß der Versicherer bei unvollständiger oder unwahrer Angabe vom Vertrag zurücktreten kann.**

---

Ort, Datum, Unterschrift der zu versichernden/mitzuversichernden Person

---

Bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreter