

Wirbelsäulenerkrankungen

Art: 212

Zusatzklärung zum Antrag vom	
Versicherung Nr. / Sachbearbeiter	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung? (z.B. Hexenschuß, Lumbago, Wirbelsäulenverkrümmung, Skoliose, Wirbelgleiten, Bechterew-Krankheit, Schleudertrauma?)	
2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch (z.B. Schmerzen, Verspannungen, Bewegungseinschränkung, Lähmungen)?	
3. Welcher Abschnitt der Wirbelsäule ist bzw. war betroffen?	<input type="checkbox"/> Halswirbelsäule <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule
4. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten?	
5. Über welchen Zeitraum sind die Beschwerden aufgetreten?	
6. Wurde die Ursache für die Beschwerden festgestellt? (Wenn ja, wann, welche, z.B. Überbelastung, Unfall, Fehlstellung, Verschleiß, Osteoporose?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Kam es zu Rückfällen? (Wenn ja, wann?)	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
8. Bei welchen Tätigkeiten oder Bewegungsabläufen treten bzw. traten die Beschwerden auf (z.B. im Stehen, im Sitzen, im Liegen, beim Treppensteigen, beim Heben von Gegenständen)?	
9. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie in welchem Zeitraum wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?	
• Name / Anschrift	
• von / bis	
• Untersuchungen / Behandlungen	

- Bitte beachten Sie auch die Folgeseite -

10. Werden / wurden Sie mit Medikamenten oder Salben behandelt?	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> zeitweise Präparat(e): Dosierung: täglich
11. Wurden sonstige Behandlungen (z.B. Massagen, Krankengymnastik, Physiotherapie) veranlaßt? (Wenn ja, wann, wo, Ergebnis?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. Wurde eine Operation durchgeführt oder ist eine solche geplant? (Wenn ja, welche, wann, durch wen, Ergebnis?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Wurde eine Röntgenuntersuchung oder eine Computertomographie durchgeführt? (Wenn ja, wann, Ergebnis?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Haben Sie aufgrund Ihrer Beschwerden einen Berufswechsel vorgenommen oder beabsichtigen Sie diesen? (Wenn ja, bitte nähere Angaben!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? (Wenn nein, warum?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? (Wenn nein, welche Folgen / Beschwerden bestehen noch?)	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein
17. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? (Wenn ja, wann, Dauer?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18. Zusätzliche Angaben

Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten bei.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, daß ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, daß unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können. Die vorstehenden Erklärungen sind Bestandteil des Antrages. Für die Beantwortung und Rücksendung dieser Zusatzerklärung werden von den neue leben Versicherungen keine Kosten erstattet.

_____ Datum

_____ Unterschrift der zu versichernden Person

_____ Unterschrift des Antragstellers