

# Bänderdehnung / Bänderriß



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

1. Wie lautet die genaue ärztliche Bezeichnung Ihrer Erkrankung bzw. Verletzung?	
2. Unter welchen Beschwerden haben Sie gelitten bzw. leiden Sie noch (z.B. Gelenkschwellung, Schmerzen, Bewegungseinschränkung)?	
3. Welche(s) Gelenk(e) ist / sind bzw. war(en) betroffen (z.B. Knie, Sprunggelenk, Ellenbogen etc.)? <b>(Bitte auch angeben ob rechts, links oder beidseitig!)</b>	<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> rechts   <input type="checkbox"/> links   <input type="checkbox"/> beidseitig</p>
4. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten?	
5. Über welchen Zeitraum sind die Beschwerden aufgetreten?	
6. Kam es wiederholt zu Verletzungen an den selben Bändern? <b>(Wenn ja, wann?)</b>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja, am .....                      <input type="checkbox"/> nein</p>
7. Von wem (Arzt / Krankenhaus) wurden Sie in welchem Zeitraum wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?	
• Name / Anschrift	
• von / bis	
• Untersuchungen / Behandlungen	
8. Werden / wurden Sie mit Medikamenten oder Salben behandelt?	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja, seit .....                      <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> regelmäßig                      <input type="checkbox"/> zeitweise</p> <p>Präparat(e): .....</p> <p>Dosierung: ..... täglich</p>
9. Wurden die Beschwerden noch anders therapiert (z.B. Gips, Manschette, Tapeverband)? <b>(Wenn ja, wann und wie, durch wen, Ergebnis?)</b>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja, am .....                      <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="text-align: center;">.....</p>

**Bänderdehnung / Bänderriß**



10. Wurde eine Operation durchgeführt oder ist eine solche geplant? <b>(Wenn ja, welche (arthroskopisch?), wann, durch wen, Ergebnis?)</b>	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> .....
11. Wurde eine Röntgenuntersuchung oder eine Computertomographie vorgenommen? <b>(Wenn ja, wann, Ergebnis?)</b>	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> .....
12. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? <b>(Wenn nein, welche Folgen / Beschwerden bestehen noch?)</b>	<input type="checkbox"/> ja, seit ..... <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> .....
13. Bestehen noch Bewegungseinschränkungen? <b>(Wenn ja, wie stark, wo?)</b>	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>  Gelenk: ..... <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer  Gelenk: ..... <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer
14. Haben Sie aufgrund Ihrer Beschwerden einen Berufswechsel vorgenommen oder beabsichtigen Sie diesen? <b>( Wenn ja, bitte nähere Angaben!)</b>	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> .....
15. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? <b>(Wenn nein, warum?)</b>	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> .....
16. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? <b>(Wenn ja, wann, Dauer?)</b>	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> .....
17. 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