

Selbstauskunft Einschränkungen des Bewegungsapparates

Allgemeine Angaben

Zu- und Vorname der zu versichernden Person	<input type="text"/>	Antrag vom:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Antragsteller / Vers.-Nummer:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>		

Einschränkungen des Bewegungsapparates (z. B. Nacken, Rücken, Knie, Wirbelsäule, etc.)

Frage 1:	a) Welche Krankheitsbezeichnung (med. Diagnose) nannte Ihnen der Behandler?	<input type="text"/>
	b) Wer behandelte Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung? (Bitte Name und Anschrift angeben)	<input type="text"/>
	c) Wie oft haben Sie in den letzten 36 Monaten einen Behandler aufgesucht?	<input type="text"/>
Frage 2:	a) Welche Beschwerden haben / hatten Sie? (z. B. Sehnenreizung, Rückenschmerzen, Bewegungseinschränkungen, Muskelbeschwerden, etc.)	<input type="text"/>
	b) Seit wann haben / hatten Sie diese Beschwerden?	<input type="text"/>
	c) Wann hatten Sie diese Beschwerden erstmals, wann zuletzt?	<input type="text"/>

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Einschränkungen des Bewegungsapparates

d) Bestanden in den letzten fünf Jahren Krankheiten der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder? (z. B. Gelenkverschleiß, Knochenbrüche, Bänderrisse, Schleimbeutelentzündung, Muskelschwund, etc.)
Falls ja, welche?

e) Besteht eine Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose)?
Falls ja, welche Wirbelsäulenbereiche sind betroffen und sind auch innere Organe betroffen? (z. B. durch starke Brustkorbdeformationen bei Wirbelsäulenverbiegungen, etc.)

f) Besteht eine Beinlängenverkürzung?
Falls ja, wie viele cm?

g) Falls Sie an Gelenkerkrankungen / -einschränkungen leiden / litten, welche Ursachen treffen bei Ihnen zu?

Degenerative Veränderungen (Verschleiß)

Nein

Ja

Rheumatische Erkrankung

Nein

Ja

Gelenküberlastung (z. B. schweres Heben)

Nein

Ja

Zerrung, Verstauchung

Nein

Ja

Blockierung

Nein

Ja

Hüftgelenksveränderung / Fraktur / angeborene Fehlstellung / Fehlhaltung

Nein

Ja

sonstige Ursachen

Nein

Ja

Ursache nicht bekannt

Nein

Ja

Frage 2:

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Einschränkungen des Bewegungsapparates

Frage 3:	<p>a) Sind / Waren aufgrund der Beschwerden / der Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus, Reha-Maßnahmen oder Kuren notwendig? Bitte Befunde beifügen.</p>	<p>Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/></p>	<p>Ambulant <input type="radio"/> Stationär <input type="radio"/></p>
		<p>Wann? (Zeitraum)</p>	
		<p>Wo? (bitte Name und Anschrift angeben)</p>	
	<p>b) Haben Sie aufgrund der Beschwerden durch die Schwere des Auftretens eine Notaufnahme aufgesucht? Falls ja, schildern Sie in Kürze warum?</p>		
Frage 4:	<p>a) Von wann bis wann waren Sie in Behandlung oder Kontrolle?</p>		
	<p>b) Sind Sie zurzeit noch in Behandlung? Dazu zählen auch Nach- / Kontrolluntersuchungen zu ausgeheilten / abgeklungenen Erkrankungen.</p>	<p>Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/></p>	
	<p>c) Wurden Sie operiert? Falls ja, welche Operation war es und wann fand diese statt? Dazu zählen auch ambulante Operationen.</p>		

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Einschränkungen des Bewegungsapparates

Frage 4:	d) Falls eine Operation stattfand, wurde Fremdmaterial verwendet? (z. B. Schrauben, Platten, ein künstliches Gelenk, etc.) Falls ja, welches und wurde es mittlerweile wieder entfernt?			
	e) Wurde Ihnen eine Operation empfohlen oder stehen noch Behandlungsmaßnahmen bzw. Kontrollen bevor? (z. B. Röntgenuntersuchung, etc.) Falls ja, welche?			
	f) Wurden Bilddokumentationen / bildgebende Diagnostiken durchgeführt? Falls ja, Befund bitte beifügen.	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	
	g) Nehmen Sie alternative Heilbehandlungsmethoden in Anspruch oder ziehen Sie es in Betracht? Falls ja, welche Methoden betrifft dies?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	
Frage 5:	a) Erhalten / Erhielten Sie Medikamente? Falls ja, welche und in welchen Zeitabständen werden / wurden diese verabreicht?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	
	b) Nehmen Sie das Medikament weiterhin?			
	c) Erhalten / Erhielten Sie Massagen, Krankengymnastik, Bestrahlung, Bäder?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Falls ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten?
	d) Erhalten / Erhielten Sie Injektionen?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Falls ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten?

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person

Selbstauskunft Einschränkungen des Bewegungsapparates

Frage 5:	e) Erhalten / Erhielten Sie sonstige Behandlungen (z. B. Psychotherapie, Spiegelungen etc.)? Bitte Befund beifügen.	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	
Frage 6:	a) Sind Sie jetzt beschwerdefrei?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Falls ja, seit wann? <input type="text"/>
	b) Welche Beschwerden bestehen weiterhin?	<input type="text"/>	
	c) Haben diese Erkrankung / Beschwerden Folgen hinterlassen? (z. B. Bewegungseinschränkungen, Kraftminderung, Instabilitäten, etc.) Falls ja, welche ?	<input type="text"/>	
	d) Benötigen Sie Hilfsmittel? (z. B. Einlagen, spezielle Schuhe, etc.)	<input type="text"/>	
Frage 7:	a) Weswegen waren Sie zum letzten Mal beim Arzt / Heilpraktiker (med. Diagnose) und wann war dies?	<input type="text"/>	
	b) Was wurde festgestellt (med. Diagnose)?	<input type="text"/>	
	c) Bitte geben Sie Name und Anschrift des Behandlers an.	<input type="text"/>	

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.
Die Angaben beziehen sich auf einen Zeitraum von _____ bis _____.

Datum der Antragstellung

Ort

Unterschrift versicherte Person