

Selbstauskunft Einschränkungen des Bewegungsapparates

Allgemeine Angaben

Zu- und Vorname der zu versichernden Person		Antrag vom:	
Geburtsdatum:		Antragsteller / Vers.-Nummer:	
Anschrift:			

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

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

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 2:

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 Gelenkserkrankungen / -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	☐

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

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 ☐ Ja ☐		
	g) Nehmen Sie alternative Heilbehandlungsmethoden in Anspruch oder ziehen Sie es in Betracht? Falls ja, welche Methoden betrifft dies?	Nein ☐ Ja ☐		
Frage 5:	a) Erhalten / Erhielten Sie Medikamente? Falls ja, welche und in welchen Zeitabständen werden / wurden diese verabreicht?	Nein ☐ Ja ☐		
	b) Nehmen Sie das Medikament weiterhin?			
	c) Erhalten / Erhielten Sie Massagen, Krankengymnastik, Bestrahlung, Bäder?	Nein ☐ Ja ☐	Falls ja, Anzahl in den letzten 12 Monaten?	
	d) Erhalten / Erhielten Sie Injektionen?	Nein ☐ Ja ☐	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 ☐ Ja ☐		
Frage 6:	a) Sind Sie jetzt beschwerdefrei?	Nein ☐ Ja ☐	Falls ja, seit wann?	
	b) Welche Beschwerden bestehen weiterhin?			
	c) Haben diese Erkrankung / Beschwerden Folgen hinterlassen? (z. B. Bewegungseinschränkungen, Kraftminderung, Instabilitäten, etc.) Falls ja, welche ?			
Frage 7:	d) Benötigen Sie Hilfsmittel? (z. B. Einlagen, spezielle Schuhe, etc.)			
	a) Weswegen waren Sie zum letzten Mal beim Arzt / Heilpraktiker (med. Diagnose) und wann war dies?			
	b) Was wurde festgestellt (med. Diagnose)?			
	c) Bitte geben Sie Name und Anschrift des Behandlers an.			

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