

Rückenbeschwerden / Wirbelsäulenerkrankungen / Bandscheibenschäden

Antragsteller: Vorname, Name

Geburtsdatum

Antrag vom

Versicherte Person: Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherungs-/Antrags-Nummer

Alle nachfolgenden Fragen und Erklärungen beziehen sich auf die in dieser Zusatzklärung genannte Erkrankung, sofern nicht ausdrücklich eine andere Erkrankung genannt wird.

1. Welche Diagnose stellte der Arzt?

(z.B. Hexenschuss, Lumbago, Bandscheibenvorfall, Ischias, Wirbelsäulenverkrümmung, Skoliose, Kyphose, Lordose)

[Text input field]

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

- Rückenschmerzen Lähmungen
 Bewegungsstörung Kopfschmerzen
 Kribbeln Atem- oder Herzbeschwerden
 Taubheitsgefühl Andere Beschwerden, welche?

[Text input field]

Wann und wie lange traten die Beschwerden im Einzelnen auf?

- einmalig wiederholt dauernd

Bitte genaue Angaben zu Daten, Dauer und Einzelheiten

[Text input field]

Welcher Wirbelsäulenabschnitt war betroffen?

- Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule

Waren Sie wegen dieser Beschwerden arbeitsunfähig?

- nein ja, wann und wie lange?

[Text input field]

3. Ursache der Erkrankung?

- Unfall
 Verspannungen (z.B. verhoben bei ..., PC-Arbeit, ...)
 Entzündungen, Infektionen
 Beckenschiefstand, Beinverkürzung (links/rechts, wie viel ...)
 Blockierung
 Kalkablagerungen, Verschleißerscheinungen
 Andere Ursache, welche?

Bitte detaillierte Angaben zur Ursache der Erkrankung

[Text input field]

4. Wie wurden bzw. werden Sie behandelt?

Existieren Röntgen- und/oder CT-aufnahmen der Wirbelsäule?

- nein ja, welche und von wann?

[Text input field]

Wurden Sie operiert?

- nein ja, wann und welche Operation?

[Text input field]

Name und Anschrift der Klinik

[Text input field]

Welche Behandlung wurde Ihnen verordnet?

- Massagen Fango, Naturmoorpackung
 Bestrahlung Krankengymnastik
 Chirotherapie Andere Behandlung, welche?

[Text input field]

Wann und wie oft erfolgten die Behandlungen?

[Text input field]

Wurden Ihnen Medikamente verordnet?

- nein ja, Name, Dosierung und Dauer der Einnahme?

[Text input field]

5. Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?

Ist die Erkrankung vollständig ausgeheilt?

- nein ja, seit wann?

[Text input field]

Welche Verhaltensweisen wurden Ihnen vom Arzt empfohlen?

[Text input field]

Sind weitere Behandlungen angeraten oder vorgesehen?

- nein ja, welche?

[Text input field]

Bestehen noch Beschwerden oder Folgen?

- nein ja, welche?

[Text input field]

6. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben?

Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung angeben.

[Text input field]

Erklärung

Die Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet worden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen vorgenannten Fragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort, Datum

Unterschrift