

# Fragebogen: Knieerkrankungen

**Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:**

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

**1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?**

- |                      |                |                         |
|----------------------|----------------|-------------------------|
| Knorpelschaden       | Meniskusariss  | Meniskusriss            |
| Patellasehnenreizung | Außenbandariss | Außenbandriss           |
| Gonarthrose          | Kreuzbandriss  | Schleimbeutelentzündung |
| Sonstige:            |                |                         |

**2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?**

- |                      |                          |                       |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|
| Kniegelenksschmerzen | Bewegungseinschränkungen | Belastungsminderungen |
| Blockierungen        | Schwellungen             | Empfindungsstörungen  |
| Sonstige:            |                          |                       |

**3. Welches Kniegelenk ist oder war betroffen?**

- rechts      links      beidseitig

**4. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?**

Wann erstmals?	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Wann zuletzt?	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Schmerzen in Ruhe:	1 - 2 mal im Jahr	bis zu 5 mal in 3 Monaten	bis zu 5 Tage im Monat	häufiger:
Schmerzen in Bewegung:	1 - 2 mal im Jahr	bis zu 5 mal in 3 Monaten	bis zu 5 Tage im Monat	häufiger:

**5. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde?**

- |  |            |             |             |
|--|------------|-------------|-------------|
| Unbekannt  | Verschleiß | Überlastung | Unfallfolge |
| Entzündung      Rheumatische Symptome      Sonstige: |            |             |             |

**6. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?**

Keine Behandlung	Schmerzmittel:	Kortisontabletten:
Andere Medikamente:		von: <input style="width: 100%;" type="text"/> bis: <input style="width: 100%;" type="text"/>
In welcher Dosierung?	täglich ( <input style="width: 50px;" type="text"/> mal am Tag)	bei Bedarf <input style="width: 50px;" type="text"/> mal im Jahr
Heilmittelverordnungen:		
Krankengymnastik/Physiotherapie	Akupunktur	Andere Therapien:
In welcher Dosierung?	wöchentlich ( <input style="width: 50px;" type="text"/> mal in der Woche)	
von: <input style="width: 100%;" type="text"/>	bis: <input style="width: 100%;" type="text"/>	

**7. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?**

Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Behandlungszeitraum   von: <input style="width: 100%;" type="text"/> bis: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Behandlungszeitraum   von: <input style="width: 100%;" type="text"/> bis: <input style="width: 100%;" type="text"/>

# Fragebogen: Knieerkrankungen

B

**8. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant?**

Keine  
Arthroskopie  
Sonstige:

Sonographie  
CT  
Röntgen  
MRT

Wann?

Mit welchem Ergebnis?

**9. Falls eine Meniskusoperation durchgeführt wurde oder vorgesehen ist:**

Innenmeniskus  
teilweise entfernt

Außenmeniskus  
vollständig entfernt

rechts  
links

**10. Falls eine Kreuzbandoperation durchgeführt wurde oder vorgesehen ist:**

Kreuzband genäht  
Kreuzbandplastik  
Mit welchem Material?

**11. Sind andere oder weitere Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?**

Ja | wann:

Welche?

Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

**12. Wurde bei einer Operation Fremdmaterial eingebaut (z. B. Schrauben, Platten, künstliches Gelenk)?**

Ja | wann:

Was?

Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

**13. Wurde das Fremdmaterial mittlerweile wieder entfernt oder ist eine Entfernung vorgesehen?**

Ja | wann:

Was?

Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

**14. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?**

Ja | wann:

Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

**15. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Kraftminderungen, Instabilitäten oder Schwellung der Kniegelenke)?**

Ja | welche?

Nein

**16. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studierunfähig gewesen?**

Ja | von:  bis:

Ja | von:  bis:

Nein

**17. Üben Sie kniegelenksbelastende Tätigkeiten aus?**

Arbeiten im Knien oder Hocken  
Arbeiten auf unebenem Untergrund  
Wie lange und wie oft durchschnittlich pro Woche?

Häufiges Treppensteigen  
Sonstige:

Nein

# Fragebogen: Knieerkrankungen

B

**18. Müssen Sie regelmäßig schwer (mehr als 10 kg) heben oder tragen?**

Ja | welche Gegenstände werden bewegt?

Nein

Wie viel kg wiegen die Lasten?

Wie oft müssen Sie die Lasten pro Tag tragen?

**19. Benötigen Sie Hilfsmittel (z. B. Kniegelenksstützen, Gehhilfen)?**

Ja | welche?

Nein

**20. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?**

Ja | zu welchen?

Nein

**21. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?**

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

**Unterschrift:**

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person