

# Fragebogen: Wirbelsäulenerkrankungen

**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)?**

- |                       |                                     |                     |                                     |
|-----------------------|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| Hexenschuss (Lumgago) | Arthrose                            | Wirbelblockierungen | Verspannungen (Myogelosen)          |
| Bandscheibenvorfall   | Bandscheibenvorwölbung (Protrusion) | Wirbelluxation      | Wirbelsäulenfehlstellung (Skoliose) |
| Wirbelsäulensyndrom   | Spondylose                          | Wirbelbrüche        | Degeneratives Rückenleiden          |
| Morbus Scheuermann    | Rundrücken                          | Morbus Bechterew    | Offene Wirbelsäulenverletzung       |
| Beinlängendifferenz:  | rechts links cm:                    |                     |                                     |
| Sonstige:             |                                     |                     |                                     |

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

- |                  |                         |                    |                          |
|------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------|
| Kopfschmerzen    | Ausstrahlende Schmerzen | Rückenschmerzen    | Rheumatische Beschwerden |
| Gefühlsstörungen | Schwindel               | Brustdeformationen | Bewegungseinschränkungen |
| Taubheitsgefühl  | Kribbeln                | Sonstige:          |                          |

**3. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf?**

- |                 |                  |                   |          |
|-----------------|------------------|-------------------|----------|
| Halswirbelsäule | Brustwirbelsäule | Lendenwirbelsäule | Schulter |
| Arme            | Beine            | Sonstige:         |          |

**4. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. schweres Heben, Sport, Unfall)?**

Ja | welche? Nein

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

einmalig      wiederholt | in welchen Abständen (Datum)?      andauernd

Wann erstmals?       Wann zuletzt?

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

Keine Behandlung      Schmerzmittel:      Kortisontabletten:

Andere Medikamente:      von:  bis:

In welcher Dosierung?      täglich ( \_\_\_\_ mal am Tag)      bei Bedarf \_\_\_\_ mal im Monat

Massage/Fango	Akupunktur/Schmerztherapie	Absatzerhöhungen/orthopädische Einlagen
Krankengymnastik	Chirotherapie	Halsstütze
Gehilfe	Stützkorsett	Sonstige:

von:  bis:

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

Keine	Röntgen	CT
MRT	Knochendichtemessung	Ultraschall
Sonstige:		

Wann?

Mit welchem Ergebnis?

(Bitte Befund beifügen)

# Fragebogen: Wirbelsäulenerkrankungen

B

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

Name:		Name:	
Anschrift:		Anschrift:	
Behandlungszeitraum   von:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>
Behandlungszeitraum   von:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>

**9. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?**

Ja | wann:  Welche?  Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

Wurde bei einer Operation Fremdmaterial eingebracht (z. B. Schrauben, Platten, Knochen, Bandscheibenersatz)? Ja | welches? Nein

Wurde das Fremdmaterial mittlerweile wieder entfernt oder ist eine Entfernung vorgesehen? Ja | wann?  Nein

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

Ja | wann:  Wie lange?  Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

**11. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B. (Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Kraftminderungen oder Nervenfunktionsstörungen)?**

Ja | welche?  Nein

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

Ja | von:  bis:  Ja | von:  bis:  Nein

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

Ja | zu welchen?  Nein

**14. Üben Sie wirbelsäulen-/ rückenbelastende Tätigkeiten aus?**

Bücken, Knien	Erschütterungen	Langes Stehen	Nein
Kälteexposition	Lange Autofahrten	Schwer Heben, Tragen (mehr als 10 kg)	
Arbeiten in Zwangshaltung	Sonstige: <input type="text"/>		

**15. 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