

Fragebogen: Wirbelsäule und Rücken

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

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Allgemeine Angaben:

Größe cm	Gewicht kg
---------------------------------------------	-----------------------------------------------

2. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall operiert
<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall nicht operiert
<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorwölbung
<input type="checkbox"/> Wirbelgleiten (Spondylolisthesis)
<input type="checkbox"/> Degenerative Veränderung („Verschleiß“)
<input type="checkbox"/> Hüftgelenksveränderungen/Beckenschiefstand
<input type="checkbox"/> angeborene Veränderungen
<input type="checkbox"/> Skoliose mit Beschwerden
<input type="checkbox"/> Skoliose ohne Beschwerden
<input type="checkbox"/> Lumbago | <input type="checkbox"/> Blockierung (<input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS)
<input type="checkbox"/> Fehlhaltung
<input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz (_____ cm)
<input type="checkbox"/> Wirbelbruch
<input type="checkbox"/> Überlastung
<input type="checkbox"/> Zerrung/Verstauchung
<input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann
<input type="checkbox"/> Schleudertrauma
<input type="checkbox"/> Verspannung
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3. Bestehen oder bestanden weitere Nebendiagnosen?

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja Welche (bitte ankreuzen):
<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> Lähmungen
<input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen
<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten?

Datum: (mindestens MM/JJJJ)

5. Wie oft treten die Beschwerden auf und in welchem Umfang?

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> einmalig | wann: _____ | Dauer: _____ |
| <input type="checkbox"/> wiederholt | wann erstmalig: _____ | letztmalig am: _____ |
| | Häufigkeit: _____ | |
| <input type="checkbox"/> dauernd | wann erstmalig: _____ | |

6. Handelt es sich um ein akutes oder chronisches Leiden bzw. besteht die Tendenz zur Chronifizierung?

- | | |
|-------------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | weitere Angaben: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nein | |

7. Fanden ambulante Behandlungen statt?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | von: _____ bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nein | |

Fragebogen: Wirbelsäule und Rücken

B

8. Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

Medikation

Name	Dosierung
------	-----------

Einnahme seit: _____ abgeschlossen seit: _____ dauerhaft

Untersuchungen:

- Röntgenuntersuchung: | Ergebnis: _____
- Computer-/Kernspintomografie | Ergebnis: _____
- Ultraschall | Ergebnis: _____
- Sonstiges | Ergebnis: _____

Behandlungen:

- Massage/Fango
- Krankengymnastik
- Akupunktur
- Chirotherapie
- Injektionen/Neuraltherapie
- Absatzerhöhung/orthopädische Einlagen
- Sonstiges: _____

9. Fand eine stationäre Behandlung statt?

- Ja
 - OP | Datum der OP: _____ Art: _____
 - OP angeraten | wann: _____ Art: _____
 - Sonstiges: _____
- Nein

10. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

- Ja
 - Aufenthalt | von: _____ bis: _____
 - Aufenthalt angeraten: _____
 - Sonstiges: _____
- Nein

11. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja | von: _____ bis: _____
- Nein

12. Besteht Behandlungsfreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

13. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein