

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.:
Selbstauskunft
Wirbelsäule und Rücken

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		Zu versichernde Person:																																																									
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:																																																								
Anschrift:		Anschrift:																																																									
<p>1. Allgemeine Angaben (sofern bekannt): Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg</p> <p>2. Wie lautet die exakte Diagnose (Mehrfachnennung möglich)?</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall operiert</td> <td><input type="checkbox"/> Fehlhaltung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall nicht operiert</td> <td><input type="checkbox"/> Wirbelbruch</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bandscheibenvorwölbung</td> <td><input type="checkbox"/> Überlastung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wirbelgleiten (Spondylolisthesis)</td> <td><input type="checkbox"/> Zerrung/Verstauchung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> angeborene Veränderungen</td> <td><input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Skoliose/Cobb Winkel</td> <td><input type="checkbox"/> Schleudertrauma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hüftgelenksveränderungen/Beckenschiefstand</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Degenerative Veränderung ("Verschleiß")</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blockierung (<input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz (_____ cm)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</td> <td></td> </tr> </table> <p>3. Bestehen oder bestanden weitere Nebendiagnosen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche (bitte ankreuzen):</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schwindel</td> <td><input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen</td> <td><input type="checkbox"/> Muskelschmerzen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden</td> <td><input type="checkbox"/> Kopfschmerzen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Lähmungen</td> </tr> </table> <p>4. Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten? Datum: _____ (mindestens MM/JJJJ)</p> <p>5. Wie oft treten die Beschwerden auf und in welchem Umfang?</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Einmalig</td> <td>wann: _____</td> <td>Dauer: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dauerhaft</td> <td>wann erstmalig: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wiederholt</td> <td>wann erstmalig: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Letzmalig am: _____</td> <td>Häufigkeit: _____</td> </tr> </table> <p>6. Handelt es sich um ein akutes oder chronisches Leiden bzw. besteht die Tendenz zur Chronifizierung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja weitere Angaben: _____</p>		<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall operiert	<input type="checkbox"/> Fehlhaltung	<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall nicht operiert	<input type="checkbox"/> Wirbelbruch	<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorwölbung	<input type="checkbox"/> Überlastung	<input type="checkbox"/> Wirbelgleiten (Spondylolisthesis)	<input type="checkbox"/> Zerrung/Verstauchung	<input type="checkbox"/> angeborene Veränderungen	<input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann	<input type="checkbox"/> Skoliose/Cobb Winkel	<input type="checkbox"/> Schleudertrauma	<input type="checkbox"/> Hüftgelenksveränderungen/Beckenschiefstand		<input type="checkbox"/> Degenerative Veränderung ("Verschleiß")		<input type="checkbox"/> Blockierung (<input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS)		<input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz (_____ cm)		<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="checkbox"/> Einmalig	wann: _____	Dauer: _____	<input type="checkbox"/> Dauerhaft	wann erstmalig: _____		<input type="checkbox"/> Wiederholt	wann erstmalig: _____			Letzmalig am: _____	Häufigkeit: _____	<p>7. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei)</p> <p><input type="checkbox"/> Medikation: Name: _____ Dosierung: _____ Einnahme seit: _____ <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> dauerhaft</p> <p><input type="checkbox"/> Untersuchungen:</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung</td> <td>Ergebnis: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Computer-/Kernspintomografie</td> <td>Ergebnis: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ultraschall</td> <td>Ergebnis: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges</td> <td>Ergebnis: _____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Behandlungen</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Massage/Fango</td> <td><input type="checkbox"/> Krankengymnastik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Akupunktur</td> <td><input type="checkbox"/> Chirotherapie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Injektionen/Neuraltherapie</td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>8. Fand eine stationäre Behandlung statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> OP Datum d. OP: _____ Art: _____ <input type="checkbox"/> OP angeraten wann: _____ Art: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>9. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aufenthalt von: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt angeraten _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>10. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: _____ bis: _____</p> <p>11. Besteht Behandlungsfreiheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____</p> <p>12. Besteht Beschwerdefreiheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____</p>		<input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung	Ergebnis: _____	<input type="checkbox"/> Computer-/Kernspintomografie	Ergebnis: _____	<input type="checkbox"/> Ultraschall	Ergebnis: _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges	Ergebnis: _____	<input type="checkbox"/> Massage/Fango	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/> Chirotherapie	<input type="checkbox"/> Injektionen/Neuraltherapie	
<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall operiert	<input type="checkbox"/> Fehlhaltung																																																										
<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall nicht operiert	<input type="checkbox"/> Wirbelbruch																																																										
<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorwölbung	<input type="checkbox"/> Überlastung																																																										
<input type="checkbox"/> Wirbelgleiten (Spondylolisthesis)	<input type="checkbox"/> Zerrung/Verstauchung																																																										
<input type="checkbox"/> angeborene Veränderungen	<input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann																																																										
<input type="checkbox"/> Skoliose/Cobb Winkel	<input type="checkbox"/> Schleudertrauma																																																										
<input type="checkbox"/> Hüftgelenksveränderungen/Beckenschiefstand																																																											
<input type="checkbox"/> Degenerative Veränderung ("Verschleiß")																																																											
<input type="checkbox"/> Blockierung (<input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS)																																																											
<input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz (_____ cm)																																																											
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____																																																											
<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen																																																										
<input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen																																																										
<input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen																																																										
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lähmungen																																																										
<input type="checkbox"/> Einmalig	wann: _____	Dauer: _____																																																									
<input type="checkbox"/> Dauerhaft	wann erstmalig: _____																																																										
<input type="checkbox"/> Wiederholt	wann erstmalig: _____																																																										
	Letzmalig am: _____	Häufigkeit: _____																																																									
<input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung	Ergebnis: _____																																																										
<input type="checkbox"/> Computer-/Kernspintomografie	Ergebnis: _____																																																										
<input type="checkbox"/> Ultraschall	Ergebnis: _____																																																										
<input type="checkbox"/> Sonstiges	Ergebnis: _____																																																										
<input type="checkbox"/> Massage/Fango	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik																																																										
<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/> Chirotherapie																																																										
<input type="checkbox"/> Injektionen/Neuraltherapie																																																											

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil des Versicherungsantrags. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Angebotsanfragenden sowie aller versicherten Personen über 16 Jahre