

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
 Alte-Oldenburger-Platz 1
 49377 Vechta

D522222

Selbstauskunft Erkrankungen der Hüfte, der Knie und Sprunggelenke für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. Welche Erkrankungen bzw. Beschwerden bestehen/ bestanden?

Im Bereich der Hüfte:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie | <input type="checkbox"/> Hüftschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Epiphysenfugenlösung | <input type="checkbox"/> Morbus Perthes (Hüftkopfnekrose Kinder) |
| <input type="checkbox"/> Hüftkopfnekrose (Erwachsene) | <input type="checkbox"/> Coxarthrose (Hüftgelenksarthrose) |
| <input type="checkbox"/> Impingement der Hüfte | <input type="checkbox"/> Schäden an der Gelenkklippe |
| <input type="checkbox"/> Schleimbeutelentzündung | <input type="checkbox"/> sonstige, welche?: _____ |

Im Bereich der Knie:

- | | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schleimbeutelentzündung | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Patellasehnenreizung | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Patellaspitzensyndrom | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Patelladysplasie | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Patellaluxation | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Morbus Osgood-Schlatter | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Kniegelenkserguss | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Kreuzband(an)riss | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Bänder(an)riss | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Meniskusriss/ -schaden | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Knorpelschaden | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Retropatellararthrose | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Gonarthrose (Kniegelenksarthrose) | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche?: _____ | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |

Im Bereich der Sprunggelenke:

- | | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bänderdehnung | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Bänder(an)riss | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Sprunggelenksfraktur | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Sprunggelenksarthrose | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> Knorpelschaden | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche?: _____ | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> beidseits |

3. Bitte nennen Sie uns die Ursache für die Erkrankung/ Beschwerden.

- angeboren Verschleiß
 Überlastung Entzündung
 rheumatische Erkrankung
 Arbeits- und Wegeunfall _____ (Monat/ Jahr)
 privater Unfall _____ (Monat/ Jahr)
 sonstige, welche?: _____

D522222

Gibt es einen Kostenträger? nein ja, welcher? _____

4. Wie äußern sich die Beschwerden?

- Schmerzen: generell nur bei starker Belastung
 Instabilität
 Bewegungseinschränkung
 sonstige, welche? _____

5. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?

- Einmalig? Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Wiederholt? Wann jeweils? _____ (Monat/ Jahr)
 Wann zuletzt? _____ (Monat/ Jahr)
 Dauerhaft? Seit wann? _____ (Monat/ Jahr)

6. Wie werden/ wurden die Beschwerden behandelt?

Hinweis: Wurde ein MRT, CT oder eine OP durchgeführt, reichen Sie vorhandene Befund- und OP-Berichte ein.

- Keine Behandlung Massage Orthesen
 Krankengymnastik Wärme, Bestrahlung, Fango Funktionstraining/ Reha-Sport
 Injektionen, Neuraltherapie Akupunktur Chirotherapie
 TENS Gerät Alternativmedizin, was? _____

Behandlung abgeschlossen? ja nein

- Medikament(e), Präparatename(n): _____
 Akutbehandlung Dauertherapie
 Operation durchgeführt: Welche? _____
 Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Name/ Anschrift des Krankenhauses: _____
 Operation angedacht bzw. geplant, für wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Kur-/ Rehaaufenthalt: Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Sonstige, welche? _____
 Wann? _____ (Monat/ Jahr)

7. Erfolgte die Heilung folgen- und komplikationslos?

- ja, keine Beschwerden mehr seit _____
 nein, Art der Beschwerden/ Komplikation: _____

8. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten sind/ waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen den Erkrankung(en) in Behandlung?

- Hausarzt Orthopäde Chirurg Heilpraktiker Osteopath
 sonstige: _____

Name, vollständige Anschrift: _____

9. Waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

nein ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten (jeweils): _____ (Datum/ Zeitraum)
_____ (Datum/ Zeitraum)

D522222

Diese Selbstauskunft ist Bestandteil des Versicherungsantrages. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige 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 der zu versichernden Person über 16 Jahre
(gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)