

Antwort

Absender

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

D522222

## Selbstauskunft Wirbelsäulen und Rückenbeschwerden

für \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

1. Größe \_\_\_\_\_ cm      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

### 2. In welchem Bereich bestehen die Beschwerden?

- Halswirbelsäule (HWS)
- Brustwirbelsäule (BWS)
- Lendenwirbelsäule (LWS)
- Ileosakralgelenk (ISG)
- Schulter(n)
- Becken

### 3. Welche Erkrankung(en) oder Beschwerden bestehen/ bestanden?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Verspannungen            | <input type="checkbox"/> BWS-/ HWS-/ LWS-Syndrom  | <input type="checkbox"/> Hexenschuss           |
| <input type="checkbox"/> Blockade                 | <input type="checkbox"/> steifer Nacken/ Hals   | <input type="checkbox"/> Wirbelgleiten         |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew/ Rheuma | <input type="checkbox"/> Spinalkanalstenose   | <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann    |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorwölbung   | <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS            |  |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall      | <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS            | <input type="checkbox"/> operiert, wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schulter-Arm-Syndrom     | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits |  |
| <input type="checkbox"/> Schulterbeschwerden      | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits |  |
| <input type="checkbox"/> Hüftbeschwerden          | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits |  |
| <input type="checkbox"/> Fußheberschwäche         | <input type="checkbox"/> Ausstrahlung in Beine/ Arme  |  |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche?: _____ |   |  |

### 4. Welche Ursachen sind Ihnen für die Wirbelsäulenerkrankung/ -beschwerden bekannt?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> unbekannt                | <input type="checkbox"/> Fehlhaltung (z. B. langes Sitzen / Autofahren)   |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma          | <input type="checkbox"/> degenerative Veränderungen (Verschleiß)  |
| <input type="checkbox"/> Unfall/ Verletzung       | <input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz <input type="checkbox"/> links ____ cm <input type="checkbox"/> rechts ____ cm         |
| <input type="checkbox"/> Wirbelbruch              | <input type="checkbox"/> angeborene Wirbelsäulenveränderungen   |
|   | <input type="checkbox"/> Überlastung des Rückens (z. B. Sport, schweres Heben)  |
|   | <input type="checkbox"/> Hüftgelenksveränderungen/ Beckenschiefstand <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
|   | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose)   |
|   | Cobbwinkel: <input type="checkbox"/> über 20° nach Cobb <input type="checkbox"/> unter 20° nach Cobb                                |
|   | Bitte unbedingt beim Arzt erfragen wenn nicht bekannt!  |
| <input type="checkbox"/> 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)

D522222

**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       Einlagen       Massage  
 Krankengymnastik       Wärme, Bestrahlung, Fango       Funktionstraining/ Rückenschule  
 Injektionen, Neuraltherapie       Akupunktur       Chirotherapie  
 TENS Gerät       Alternativmedizin, was? \_\_\_\_\_

Behandlung abgeschlossen?       ja       nein

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

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

- Hausarzt       Orthopäde       Chirurg       Osteopath       Chiropraktiker  
 sonstige, welche: \_\_\_\_\_  
 stationäre Reha-/ Kuraufenthalte oder Krankenhausaufenthalte  
 Name, vollständige Anschrift: \_\_\_\_\_

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

- nein       ja, wann \_\_\_\_\_ (Datum/ Zeitraum)       < 5 Tage       > 5 Tage  
 \_\_\_\_\_ (Datum/ Zeitraum)       < 5 Tage       > 5 Tage  
 \_\_\_\_\_ (Datum/ Zeitraum)       < 5 Tage       > 5 Tage

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)