ALTE OLDENBURGER

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.: VD522203

Selbstauskunft
Knieerkrankungen

Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

Antragsteller/Versicherungsnehmer:		**Zu versichernde Person:**	
Vorname/Name	geboren am:	Vorname/Name	geboren am:
Anschrift:		Anschrift:	

1. Wie lautet die exakte Diagnose?

☐ Knorpelschaden ☐ Meniskusriss
☐ Patellasehnenreizung ☐ Gonarthrose
☐ Kreuzbandriss ☐ Sonstiges: _____

2. Welche Beschwerden treten auf?

☐ Schmerzen ☐ Bewegungseinschränkung
☐ Instabilität ☐ Sonstiges: _____

3. Welche Ursachen sind bekannt?

☐ Verschleiß ☐ Überlastung
☐ Unfall ☐ rheumatische Symptome
☐ Entzündung ☐ Sonstiges: _____

4. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Ihnen Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie diese bitte bei)

☐ **Medikation:** Name: _____
Dosierung: _____
Einnahme seit: _____
☐ abgeschlossen ☐ dauerhaft

☐ **Untersuchungen:**
☐ Sonographie Ergebnis: _____
☐ Kernspin-/Computertomographie Ergebnis: _____
☐ Röntgen Ergebnis: _____
☐ Arthroskopie Ergebnis: _____
☐ _____ Ergebnis: _____

☐ **Heilmittelverordnungen:**
☐ Krankengymnastik Zeitraum: _____ Anzahl/Anw.: ____
☐ Physiotherapie Zeitraum: _____ Anzahl/Anw.: ____
☐ Massagen Zeitraum: _____ Anzahl/Anw.: ____
☐ Wärmebehandlung Zeitraum: _____ Anzahl/Anw.: ____

☐ **Sonstiges:** _____

5. Nur bei Meniskusverletzungen auszufüllen: Behandlung der Verletzung?

☐ Punktion ☐ Injektion ☐ Teilresektion ☐ Resektion
☐ Menokoplexie (Annähen/Antackern des Meniskus)
☐ Schienenlagerung und abschwellende Medikamente/Ruhigstellung
☐ Sonstiges: _____

6. Nur bei Kreuzbandverletzungen: Behandlung der Verletzung

☐ konservative Behandlung ☐ Kreuzbandplastik
☐ Sonstiges: _____

7. Fand eine stationäre Behandlung statt?

☐ nein
☐ ja ☐ OP Datum d. OP: _____ Art: _____
☐ OP angeratenwann: _____ Art: _____
☐ Sonstiges: _____

8. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

☐ nein
☐ ja ☐ Aufenthalt von: _____ bis: _____
☐ Aufenthalt angeraten _____
☐ Sonstiges: _____

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

☐ nein ☐ ja, von: _____ bis: _____

10. Ist das Knie wieder vollständig belastbar?

☐ nein ☐ ja

11. Besteht Behandlungsfreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit: _____

12. Besteht Beschwerdefreiheit?

☐ nein ☐ ja, seit: _____

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

Theodor-Heuss-Str. 96
49377 Vechta
Telefon 0 44 41/905 – 0
Telefax 0 44 41/905 – 470
info@alte-oldenburger.de
www.alte-oldenburger.de

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Vorstand: Manfred Schnieders (Vorsitzender) | Dr. Dietrich Vieregge
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Hermann Kasten HRB: Oldenburg 201539
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.
Vorstand: Manfred Schnieders (Vorsitzender) | Dr. Dietrich Vieregge
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Georg Hake HRB: Oldenburg 110012