

Beratung durch:

Hopfauer Versicherungsmakler GmbH & Co. KG
Luitpoldstraße 45 • 97421 Schweinfurt
Tel.: 09721 / 89044 • Fax: 09721 / 81603
info@hopfauer.de
http://www.hopfauer.de

Versicherungsnehmer:

Herr
Max Mustermann

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Persönlicher Ansprechpartner:

Herr Marco Hopfauer
Fax: 09721 / 4764862
marco@hopfauer.de

Zu versichernde Person	
Vorname, Nachname	Max Mustermann
Geburtsdatum	
Beruf	
Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere
Fragen zur Erkrankung	
Unter welcher/n Erkrankung(en) oder Beschwerden seitens der Wirbelsäule leiden bzw. litten Sie?	
Welche Ursachen sind Ihnen für Ihre Wirbelsäulenerkrankung/-beschwerden bekannt (Mehrfachnennungen mgl.)?	<input type="checkbox"/> Degenerative Veränderungen ("Verschleiß") <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall <input type="checkbox"/> Angeborene Wirbelsäulenveränderungen <input type="checkbox"/> Hüftgelenksveränderungen <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverkrümmung <input type="checkbox"/> Schleudertrauma <input type="checkbox"/> Zerrung, Verstauchung <input type="checkbox"/> Blockierungen <input type="checkbox"/> Wirbelbruch, sonstiger Unfall <input type="checkbox"/> Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann (Brustwirbelsäule) <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann (Lendenwirbelsäule) <input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz (<input type="text"/> cm) <input type="checkbox"/> Überlastung des Rückens (Beruf, Sport, Sonstiges) <input type="checkbox"/> Ursache nicht bekannt <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache:

Zusatzfragebogen Wirbelsäulenerkrankungen / Seite 2/3

Bestehen zur Zeit Beschwerden oder Folgen seitens der Wirbelsäulenerkrankung?	<input type="checkbox"/> nein - keine Beschwerden seit: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ja - folgende Beschwerden: <input type="text"/>
Die Wirbelsäulenerkrankung/-beschwerden treten bzw. traten auf:	<input type="checkbox"/> vor dem 30. Lebensjahr <input type="checkbox"/> nach dem 30. Lebensjahr <input type="checkbox"/> einmalig am <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1 - 3 mal in den letzten 2 Jahren. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> mehr als 3 mal in den letzten 2 Jahren. <input type="text"/>
Bestehen daneben weitere Krankheitserscheinungen (Mehrfachnennungen mgl.)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden, Gicht <input type="checkbox"/> entzündliche Gelenkveränderungen <input type="checkbox"/> Nervenschmerzen <input type="checkbox"/> sonstige <input type="text"/>
Wie wurden Sie oder werden Sie behandelt (Mehrfachnennungen mgl.)?	<input type="checkbox"/> nie behandelt <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Injektionen, Neuraltherapie <input type="checkbox"/> Chirotherapie <input type="checkbox"/> Ultraschallbehandlung <input type="checkbox"/> Bestrahlung, Fango <input type="checkbox"/> Rückenstützmieder <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Rückenschule <input type="checkbox"/> Massagen <input type="checkbox"/> Schuheinlagen <input type="checkbox"/> Operation am <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Sonstige Behandlung <input type="text"/>
Ist eine Operation vorgesehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input type="text"/>
War eine Sanatoriumskur erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und wo? <input type="text"/>
Wurden spezielle Untersuchungen wegen der Wirbelsäulenerkrankung/-beschwerden durchgeführt (Mehrfachnennungen mgl.)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung <input type="checkbox"/> Computertomographie <input type="checkbox"/> Kernspintomographie <input type="checkbox"/> sonstige <input type="text"/>

für
Herrn
Max Mustermann
am 27.09.2011

Allgemeine Fragen		für Herrn
Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift <input type="text"/>	Max Mustermann am 27.09.2011
Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	<input type="text"/>	
Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , aus welchem Grund? (gfls. Grad der Behinderung angeben) <input type="text"/>	
Waren Sie wegen der genannten Wirbelsäulenerkrankung in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ist Ihnen in Verbindung mit Ihren Wirbelsäulenbeschwerden ein Berufs- bzw. Tätigkeitswechsel angeraten worden oder beabsichtigen Sie diesen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , angeratener Berufs-/Tätigkeitsbereich <input type="text"/>	
Treiben Sie Sport	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche Sportart und wie oft pro Woche? <input type="text"/>	
Unterschrift	 <hr/> Ort, Datum, Unterschrift	
Rev002 vom 21.10.2009		