

Zusatzfragebogen Wirbelsäulenerkrankungen / Seite 1/4

Beratung durch:

Stöver, Hermann & Partner GmbH
 Hollerallee 25 • 28209 Bremen
 Tel.: 0421 / 3 48 55-0 • Fax: 0421 / 3 49 11 44
 info@shp-bremen.de
 http://www.shp-bremen.de/

Versicherungsnehmer:

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Zu versichernde Person	
1.1. Vorname, Nachname	<input type="text"/> <input type="text"/>
1.2. Geburtsdatum	<input type="text"/>
1.3. Beruf	<input type="text"/>
1.4. Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Unter welcher/n Erkrankung(en) oder Beschwerden seitens der Wirbelsäule leiden bzw. litten Sie?	<input type="text"/>
2.2. 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: <input type="text"/>

Zusatzfragebogen Wirbelsäulenerkrankungen / Seite 2/4

<p>2.3. Bestehen zur Zeit Beschwerden oder Folgen seitens der Wirbelsäulenerkrankung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein - keine Beschwerden seit: <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> ja - folgende Beschwerden: <input type="text"/></p>
<p>2.4. Die Wirbelsäulenerkrankung/-beschwerden treten bzw. traten auf:</p>	<p><input type="checkbox"/> vor dem 30. Lebensjahr</p> <p><input type="checkbox"/> nach dem 30. Lebensjahr</p> <p><input type="checkbox"/> einmalig am <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - 3 mal in den letzten 2 Jahren. <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> mehr als 3 mal in den letzten 2 Jahren. <input type="text"/></p>
<p>2.5. Bestehen daneben weitere Krankheitserscheinungen (Mehrfachnennungen mgl.)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p><input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Schwindel</p> <p><input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden, Gicht</p> <p><input type="checkbox"/> entzündliche Gelenkveränderungen</p> <p><input type="checkbox"/> Nervenschmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige</p> <p><input type="text"/></p>
<p>2.6. Wie wurden Sie oder werden Sie behandelt (Mehrfachnennungen mgl.)</p>	<p><input type="checkbox"/> nie behandelt <input type="checkbox"/> Tabletten</p> <p><input type="checkbox"/> Injektionen, Neuraltherapie <input type="checkbox"/> Chirotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Ultraschallbehandlung <input type="checkbox"/> Bestrahlung, Fango</p> <p><input type="checkbox"/> Rückenstützmieder <input type="checkbox"/> Krankengymnastik</p> <p><input type="checkbox"/> Rückenschule <input type="checkbox"/> Massagen</p> <p><input type="checkbox"/> Schuheinlagen <input type="checkbox"/> Operation am <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige Behandlung</p> <p><input type="text"/></p>
<p>2.7. Ist eine Operation vorgesehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.8. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, wann und wo?</p> <p><input type="text"/></p>
<p>2.9. War eine Sanatoriumskur erforderlich?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, wann und wo?</p> <p><input type="text"/></p>
<p>2.10. Wurden spezielle Untersuchungen wegen der Wirbelsäulenerkrankung/-beschwerden durchgeführt (Mehrfachnennungen mgl.)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p><input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchung <input type="checkbox"/> Computertomographie</p> <p><input type="checkbox"/> Kernspintomographie</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige</p> <p><input type="text"/></p>

3. Allgemeine Fragen	
3.1. Welche Ärzte haben Sie behandelt bzw. behandeln Sie aktuell?	Name, Anschrift <input type="text"/>
3.2. Wegen welcher Erkrankung(en) und in welchem Zeitraum?	<input type="text"/>
3.3. 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"/>
3.4. 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
3.5 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"/>
3.6. Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche Sportart und wie oft pro Woche? <input type="text"/>
4. Sonstige Hinweise und Erläuterungen	<input type="text"/>
Einverständniserklärung zur Datenweitergabe	Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden. <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> Datum, Unterschrift
Interne Notizen	

 Zusatzfragebogen Wirbelsäulenerkrankungen / Seite 4/4

Mitarbeiter:
Datum :
Uhrzeit: Von bis

telefonische Erfassung schriftliche Kundenangaben
 persönliche Besprechung
 im Maklerbüro beim Kunden

Rev002 vom 21.10.2009