

Service-Center  
IG BCE Arbeitskraftschutz Flex  
85746 Garching b. München

## FRAGEBOGEN Wirbelsäule

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_  
Versicherte Person \_\_\_\_\_

1. **Üben Sie eine wirbelsäulenbelastende Tätigkeit aus?**  
(z. B. Zwangshaltungen, Autofahren, Heben, Tragen, Bücken, Kälteexposition, Erschütterungen)

☐ ja  
☐ nein

2. **Welche Beschwerden/Erkrankungen der Wirbelsäule liegen/lagen vor? Wurde eine der folgenden Diagnosen gestellt?**  
(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Verspannung/Myogelosen  
☐ Bandscheibenvorwölbung  
☐ Hexenschuss/Lumbalgie  
☐ Blockierungen  
☐ Ischialgie  
☐ HWS-/BWS-/LWS-Syndrom  
☐ Bandscheibenvorfall/-prolaps  
☐ Wirbelsäulenabnutzung/Arthrose  
☐ Wirbelsäulenoperation  
☐ Wirbelsäulenverletzung  
☐ Wirbelgleiten (Spondylolisthesis)  
☐ Fehlstellungen der Wirbelsäule  
(z. B. Skoliose, Kyphose, Lordose)  
☐ Schleudertrauma  
☐ Morbus Scheuermann  
☐ Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans)  
☐ andere \_\_\_\_\_

3. **Wurden die Beschwerden orthopädisch bzw. mittels Röntgen, Kernspin- oder Computertomographie abgeklärt?**

☐ ja  
☐ nein

4. **Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?** (Monat/Jahr)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. **Bestehen derzeit Beschwerden?**

☐ ja, nähere Angaben \_\_\_\_\_

☐ nein, keine Beschwerden seit (Monat/Jahr)

6. **Wann, wie oft und wie lange hatten Sie insgesamt Beschwerden und waren deshalb in Behandlung?**

Zeitpunkt

☐ vor weniger als einem Jahr:  
wann zuletzt \_\_\_\_\_

- ☐ vor 1 - 3 Jahren  
☐ vor 3 - 5 Jahren  
☐ vor mehr als 5 Jahren

## FRAGEBOGEN Wirbelsäule

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_

Versicherte Person \_\_\_\_\_

Häufigkeit

- ☐ einmalig Beschwerden
- ☐ mehrmals (bis zu 3 x)
- ☐ mehrmals (öfter als 3 x)
- ☐ andauernd/chronisch

Dauer pro Episode

- ☐ bis maximal 3 Tage
- ☐ mehr als 3 Tage

**7. Wurden Sie aufgrund dieser Beschwerden innerhalb der letzten 5 Jahre krankgeschrieben?**

- ☐ ja, insgesamt bis zu 5 Tage

Zeitpunkt \_\_\_\_\_

- ☐ ja, insgesamt mehr als 5 Tage

Zeitpunkt \_\_\_\_\_

- ☐ nein

**8. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre verschreibungspflichtige und/oder rezeptfreie Medikamente länger als 1 Woche ununterbrochen ein?**

- ☐ ja, welche \_\_\_\_\_

Zeitraum \_\_\_\_\_

- ☐ nein

**9. Sind/waren weitere Untersuchungen und/oder Behandlungen (z. B. Krankengymnastik, Operationen, Kuraufenthalte, Medikamente) erforderlich oder angeraten?**

- ☐ ja, Angaben zu Art, Umfang und Zeitpunkt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ☐ nein

**10. Haben Sie aufgrund Ihrer Beschwerden einen Berufswechsel vorgenommen bzw. wurde dies empfohlen?**

- ☐ ja, Zeitpunkt \_\_\_\_\_

- ☐ nein

**11. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?**

- ☐ ja

- ☐ nein, Einschränkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12. Welchen Arzt/Behandler nehmen/nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?**

(Name und vollständige Adresse)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zusätzlich bei Abschluss eines Pflege-Tarifs.**

**13. Welche der folgenden Aussagen bzgl. Ihrer Mobilität ist zutreffend?**

- ☐ Ich habe keine Probleme bei einer Gehstrecke von 200m oder mehr.
- ☐ Ich habe Probleme bei einer Gehstrecke von 10 bis 200m.
- ☐ Ich habe Probleme bei einer Gehstrecke von weniger als 10m.
- ☐ Ich habe Probleme beim Treppensteigen.
- ☐ Ich benutze eine Gehhilfe ( z. B. Gehstock, Rollator, Stützen etc.)

**Bitte machen Sie ggf. nähere Angaben zu Art und Umfang der Schwierigkeiten bzw. der benötigten Hilfe.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Welche der folgenden Aussagen bzgl. der Tätigkeiten des täglichen Lebens wie sich Waschen, Toilettengang, Kontinenz, sich Ankleiden, Essen, Einkaufen, Kommunikation etc. ist für Sie zutreffend?**

- ☐ Ich habe keine Schwierigkeiten bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens.
- ☐ Ich habe Schwierigkeiten bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens, komme aber noch in allen Bereichen ohne fremde Hilfe aus.
- ☐ Ich benötige Hilfe einer anderen Person bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens.

**FRAGEBOGEN Wirbelsäule**

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_

Versicherte Person \_\_\_\_\_

Bitte machen Sie ggf. nähere Angaben zu Art und Umfang der Schwierigkeiten bzw. der benötigten Hilfe.

---

---

Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen, bitten wir um Überlassung/Einreichung für eine kurze Einsichtnahme.

**Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).**

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte Person

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter