Swiss Life
Lebensversicherung SE
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Unfall/Verletzung/Gelenke

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Welche Diagnose wurde vom Arzt gestellt?

_____

_____

_____

2. Welche Körperteile waren betroffen?

- ☐ Fuß/Sprunggelenk
- ☐ Knie
- ☐ Hüfte
- ☐ Hand
- ☐ Ellenbogen
- ☐ Arm
- ☐ Schulter
- ☐ sonstige _____

_____

Seite ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Bei Brüchen:

- ☐ mit Gelenkbeteiligung
- ☐ ohne Gelenkbeteiligung

Bei Schnittverletzungen:

- ☐ mit Beteiligung von Sehnen/Bändern
- ☐ ohne Beteiligung von Sehnen/Bändern

3. Welche Ursachen liegen/lagen den Beschwerden zugrunde? (Bitte machen Sie gegebenenfalls nähere Angaben.)

- ☐ Unfall
- ☐ Verletzung _____
- ☐ degenerative Veränderungen (Verschleiß, Arthrose)
- ☐ rheumatische Erkrankung
- ☐ Gelenkfehlstellung (angeboren/erworben)
- ☐ Beinlängendifferenz

  wie viele cm _____

- ☐ sonstige _____

4. Wann erlitten Sie die Verletzung bzw. wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

_____

_____

5. Welche Behandlungen werden/wurden durchgeführt?

- ☐ Krankengymnastik

  Zeitraum _____

- ☐ Verband/Schiene/Gips

FRAGEBOGEN Unfall/Verletzung/Gelenke
Versicherung Nr. _____
Versicherte Person _____

- ☐ Medikamente (Salben, Spritzen, Tabletten)
  welche _____
  wie oft ☐ ständig ☐ bei Bedarf
  Zeitraum _____
- ☐ Einlagenverordnung
- ☐ Osteosynthese (Schrauben, Platten, Drähte)
  - ☐ noch vorhanden
  - ☐ entfernt am _____
- ☐ Kuraufenthalte
- ☐ Krankenhausaufenthalte
- ☐ Operationen
  wann _____
  welche _____
- ☐ sonstige _____

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

☐ ja, welche _____
Zeitraum _____

☐ nein

7. Sind weitere Untersuchungen und/oder Behandlungen geplant?
(auch anstehende Metallentfernung)

☐ ja, Angaben zu Art, Umfang und Zeitpunkt

_____

_____

☐ nein

8. Ist die Fraktur/Verletzung folgenlos ausgeheilt? (Eine folgenlose Ausheilung liegt vor, wenn Beschwerdefreiheit vorliegt, keine Nachbehandlung mehr erforderlich ist, Heilung in Normalstellung erfolgt ist und das betroffene Gelenk/Bandapparat/Knochen voll belastbar ist.)

☐ ja, seit (Monat/Jahr) _____

☐ nein

Wenn nein, welche Folgen und Beschwerden bestehen noch?

- ☐ Arthrose/Gelenkverschleiß
- ☐ Gelenkversteifung, Arthrodese
- ☐ Belastungs- und Bewegungsschmerz
- ☐ Schmerzen auch in Ruhe
- ☐ Gelenkschwellung/Gelenkentzündung
- ☐ Bewegungseinschränkung
- ☐ Knorpelschaden
- ☐ sonstige _____

9. Ist das betroffene Gelenk/Band bei der Ausübung Ihrer Tätigkeit besonderen Belastungen ausgesetzt oder traten/treten die Beschwerden im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit auf bzw. wurden dadurch verstärkt?

☐ ja
☐ nein

10. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

☐ ja
☐ nein, Einschränkungen _____

_____

_____

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

☐ ja, wann und wie lange _____

_____

☐ nein

12. Welchen Arzt/Behandler nehmen/nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?
(Name und vollständige Adresse)

_____

_____

_____

_____

FRAGEBOGEN Unfall/Verletzung/Gelenke
Versicherung Nr. _____
Versicherte Person _____

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.

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 schuldhafte 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