Swiss Life
Lebensversicherung SE
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 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