

Fragebogen Gelenke / Seite 2/3

<p>2.3. Welche Ursachen sind Ihnen für Ihre Gelenkerkrankung / -beschwerden bekannt?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Blockierung <input type="checkbox"/> Degenerative Veränderung ("Verschleiß") <input type="checkbox"/> Fehlhaltung, Fehlbelastung <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlstellung <input type="checkbox"/> Hüftgelenkveränderung <input type="checkbox"/> Zerrung, Verstauchung <input type="checkbox"/> Fraktur, sonstiger Unfall <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Gelenküberlastung (z.B. schweres Heben, Sport) <input type="checkbox"/> Ursache nicht bekannt <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache, welche? </p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>2.4. Wurde im Zusammenhang mit Ihrer Gelenkerkrankung ein Krankenhaus- oder Kuraufenthalt erforderlich?</p>	<p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, wann und Name / Anschrift des Krankenhauses / Kuranstalt </p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.5. Wurde eine Röntgenuntersuchung, eine Computertomographie (CT), eine Magnetresonanztomographie, (MRT) oder eine Arthroskopie (Gelenkspiegelung) durchgeführt?</p>	<p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte hierzu nähere Angaben: Wann? Ergebnis? </p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.6. Wie wurden oder werden Sie behandelt?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Medikamente, Injektionen <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Arthroskopie (Gelenkspiegelung) <input type="checkbox"/> Chirotherapie <input type="checkbox"/> Bestrahlung / Fango <input type="checkbox"/> Operation - wann? <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung - welche? </p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.7. Von wem (Arzt / Krankenhaus) und wann wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?</p>	<p>Bitte nennen Sie: Name / Anschrift, Zeitpunkt / Zeitraum, Untersuchung / Behandlung:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>2.8. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der Gelenkerkrankung?</p>	<p> <input type="checkbox"/> nein, keine Folgen / Beschwerden seit <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ja, Art der Folgen / Beschwerden </p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>2.9. Waren Sie aufgrund der Gelenkerkrankung / -beschwerden in den letzten 5 Jahren länger als 5 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig?</p>	<p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Arbeitsunfähigkeitszeiten angeben: </p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

<p>2.10. Bestehen bei Ihnen Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Beantragung oder Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (MdE / GdB)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, <input type="text"/> % GdB / <input type="text"/> % MdE, Grund:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
--	---

<p>2.11. Ist Ihnen in Verbindung mit der / den Gelenkerkrankung / -beschwerden ein Berufs-oder Tätigkeitswechsel angeraten worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, angeratener Berufs- / Tätigkeitsbereich:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
--	--

<p>3. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
--	---

<p>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</p>	<p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
---	--

<p>Interne Notizen</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
-------------------------------	---

<p>Mitarbeiter: <input type="text"/></p> <p>Datum : <input type="text"/></p> <p>Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben</p> <p><input type="checkbox"/> persönliche Besprechung</p> <p><input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
--	--

<p>Rev001 vom 28.07.2017</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
------------------------------	---

Erklärung

 Unterschrift