

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Gelenkerkrankungen

Bitte füllen Sie den Fragebogen für jedes Gelenk gesondert aus.

1. Welches Gelenk ist / war betroffen?

- | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fuß / Sprunggelenk | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Hüfte | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Hand | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Ellenbogen | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Schulter | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |

Falls Hand, Ellenbogen oder Schulter betroffen:

Welches ist Ihre Schreibhand?

- rechts links

2. Art der Schädigung? (Mehrfachnennung möglich)

Fuß / Sprunggelenk

- Verstauchung
 Kapselzerrung / Kapselriss
 Bandverletzung
 Dehnung Anriss
 Außenbandriss Innenbandriss
 Zerrung Syndesmosenbandriss
 Achillessehnenverletzung
 Anriss Abriss
 Chronische Bandinstabilität
 (wiederholtes Umknicken mit Bluterguss)

Knie

- Innen- oder Außenbandzerrung
 Innen- oder Außenbandriss
 mit Knochenbeteiligung
 Kreuzbandverletzung
 Meniskusverletzung
 Teilentfernung
 Totale Entfernung bzw. Ersatz

Ellenbogen / Schulter

- Bänder- oder Sehnenzerrung
 mit Knochenbeteiligung

Generell

- Verstauchung (Distorsion oder Verdrehung)
 Bruch / Fraktur (bitte Fragebogen „Knochenbruch“ verwenden)
 Knorpelverletzung
 Luxation (ausgekugelt, ausgerenkt)
 Nervenverletzung
 Offene Verletzung (Schuss-, Stich-, Schnittverletzung, sonstiger Fremdkörper)
 Bandverletzung
 Sehnenverletzung
 Wiederholte Gelenkergüsse
 Reizzustand
 Entzündung

Wie lautet die Diagnose Ihrer Gelenks-

erkrankung bzw. Beschwerden (sofern nicht zuvor genannt)? (Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

3. Welche Ursachen sind für die Erkrankung bzw. Beschwerden bekannt?

- Ursache nicht bekannt
 Angeboren
 Unfall: Welcher? _____
 Abnutzungserscheinungen (degenerative Veränderungen)
 Gelenkfehlstellung
 Beinlängendifferenz: wie viel? _____ cm
 Rheumatische Erkrankung
 Arthritis / Arthrose
 Andere (Falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

5. Wie oft treten oder traten die Beschwerden auf?

- Einmalig
 Wiederholt, zuletzt: _____
 Andauernd / chronisch

6. Bestehen derzeit noch Beschwerden?

- Nein, keine Beschwerden mehr seit: _____

- Ja: Welche? _____

7. Waren Sie wegen Ihrer Erkrankung bzw. Beschwerden arbeitsunfähig bzw. vom Unterricht befreit?

- Nein
 Ja, von _____ bis _____

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Gelenkserkrankungen

Bitte füllen Sie den Fragebogen für jedes Gelenk gesondert aus.

8. Wie werden oder wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung bzw. Beschwerden behandelt?

- Keine Behandlung
- Krankengymnastik
- Verband / Schiene / Gips
- Einlagenverordnung
- Medikamente (z. B. Tabletten, Salben, Spritzen)
Welche Medikamente?

Wie oft? _____

Wann zuletzt? _____

- Operation Wann? _____
- erfolgt geplant

Welche? _____

Ergebnis? _____

Bitte legen Sie Kopien der Befundberichte bei

- Andere _____

9. Sind die Behandlungen abgeschlossen?

- Nein
- Ja, seit _____

10. Ist die Heilung in Normalstellung erfolgt?

- Nein
- Ja

11. Ist die Bewegungsfähigkeit und Belastbarkeit wieder vollständig hergestellt?

- Nein
- Ja, seit _____

12. Sind die betroffenen Gelenke im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit einer besonderen Belastung ausgesetzt oder werden die genannten Beschwerden dadurch verstärkt?

- Nein
- Ja, bitte machen Sie nähere Angaben

13. Namen und Anschriften der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser?

(Bitte die Namen und die vollständige Anschrift angeben.)

Sollten Ihnen medizinische Unterlagen vorliegen, reichen Sie uns diese bitte in Kopie oder gescannt ein.

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zur Anfechtung, zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Anpassung Ihres Versicherungsvertrags berechtigen. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte vermerken Sie in der Risiko- und Gesundheitserklärung zum Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen direkt an die Münchener Verein Lebensversicherung AG senden.

_____, den _____
Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)