

Fragebogen: Knieerkrankungen

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt.

Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll.

Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

Knorpelschaden	Meniskusariss	Meniskusriss
Patellasehnenreizung	Außenbandariss	Außenbandriss
Gonarthrose	Kreuzbandriss	Schleimbeutelentzündung
Sonstige:		

2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?

Kniegelenksschmerzen	Bewegungseinschränkungen	Belastungsminderungen
Blockierungen	Schwellungen	Empfindungsstörungen
Sonstige:		

3. Welches Kniegelenk ist oder war betroffen?

rechts links beidseitig

4. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

Wann erstmals?					Wann zuletzt?				
Schmerzen in Ruhe:	1 - 2 mal im Jahr	bis zu 5 mal in 3 Monaten	bis zu 5 Tage im Monat	häufiger:					
Schmerzen in Bewegung:	1 - 2 mal im Jahr	bis zu 5 mal in 3 Monaten	bis zu 5 Tage im Monat	häufiger:					

5. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde?

Unbekannt	Verschleiß	Überlastung	Unfallfolge
Entzündung	Rheumatische Symptome	Sonstige:	

6. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

Keine Behandlung	Schmerzmittel:	Kortisontabletten:
Andere Medikamente:		von: bis:
In welcher Dosierung?	täglich (mal am Tag)	bei Bedarf mal im Jahr
Heilmittelverordnungen:		
Krankengymnastik/Physiotherapie	Akupunktur	Andere Therapien:
In welcher Dosierung?	wöchentlich (mal in der Woche)	
von: 	bis: 	

7. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Behandlungszeitraum von: bis: 	Behandlungszeitraum von: bis:

Fragebogen: Knieerkrankungen

B

18. Müssen Sie regelmäßig schwer (mehr als 10 kg) heben oder tragen?

Ja | welche Gegenstände werden bewegt?

Nein

Wie viel kg wiegen die Lasten?

Wie oft müssen Sie die Lasten pro Tag tragen?

19. Benötigen Sie Hilfsmittel (z. B. Kniegelenksstützen, Gehhilfen)?

Ja | welche?

Nein

20. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

21. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

--	--	--	--	--	--	--	--

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort	
-----	--

Datum	
-------	--

Unterschrift der zu versichernden Person	
--	--