FB-W

Fragebogen: Wirbelsäulenerkrankungen

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.

L. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)? Hexenschuss (Lumgago) Arthrose Wirbelblockierungen Verspannungen (Myogelosen) Bandscheibenvorfall Bandscheibenvorwölbung (Protrusion) Wirbelluxation Wirbelsäulenfehlstellung (Skolios Wirbelsäulensyndrom Spondylose Wirbelbrüche Degeneratives Rückenleiden Morbus Scheuermann Rundrücken Morbus Bechterew Offene Wirbelsäulenverletzung Beinlängendifferenz: rechts links cm: Sonstige: 2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie? Kopfschmerzen Ausstrahlende Schmerzen Rückenschmerzen Rheumatische Beschwerden Berüchtsstörungen Schwindel Brustdeformationen Bewegungseinschränkungen Taubheitsgefühl Kribbeln Sonstige: 5. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf? Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule Schulter Arme Beine Sonstige: 4. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. schweres Heben, Sport, Unfall)?	Zu versichernde Person			GebDatum		
Hexenschuss (Lumgago) Arthrose Bandscheibenvorfall Bandscheibenvonwölbung (Protrusion) Wirbelluxation Wirbelsäulensyndrom Spondylose Wirbelsäulensyndrom Spondylose Wirbelsäulensyndrom Openatives Rückenleiden Morbus Shechterew Offene Wirbelsäulenverletzung Beinlangendifferenz: rechts links cm: Sonstige: 1. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie? Kopfschmerzen Ausstrahlende Schmerzen Rückenschmerzen Rheumatische Beschwerden Gefühltsstöfungen Schwindel Brustdeformationen Bewegungseinschränkungen Taubheitsgefühl Kribbeln Sonstige: 5. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf? Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule Schulter Sonstige: 5. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf? Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule Schulter Sonstige: 5. Mann treten oder traten die Beschwerden auf? einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? andauernd wann erstmals? Wann zuletzt? 5. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlungen werden darwirderspie Abstärzen mal im Mozengynnastik Chriotherapie Halsstütze Sonstige: Von:	Berufliche Tätigkeit					
Hexenschuss (Lumgago) Arthrose Bandscheibenvorfall Bandscheibenvonwölbung (Protrusion) Wirbelluxation Wirbelsäulensyndrom Spondylose Wirbelsäulensyndrom Spondylose Wirbelsäulensyndrom Openatives Rückenleiden Morbus Shechterew Offene Wirbelsäulenverletzung Beinlangendifferenz: rechts links cm: Sonstige: 1. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie? Kopfschmerzen Ausstrahlende Schmerzen Rückenschmerzen Rheumatische Beschwerden Gefühltsstöfungen Schwindel Brustdeformationen Bewegungseinschränkungen Taubheitsgefühl Kribbeln Sonstige: 5. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf? Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule Schulter Sonstige: 5. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf? Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule Schulter Sonstige: 5. Mann treten oder traten die Beschwerden auf? einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? andauernd wann erstmals? Wann zuletzt? 5. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlungen werden darwirderspie Abstärzen mal im Mozengynnastik Chriotherapie Halsstütze Sonstige: Von:						
Bandscheibenvorfalt Bandscheibenvorwülbung (Protrusion) Wirbellüxation Wirbelsäulenspritorion Spondylose Norbus Scheuemann Rundrücken Morbus Scheuemann Rundrücken Morbus Scheuemann Rundrücken Morbus Bechterew Offene Wirbelsäulenverletzung Beinlängendifferenz: rechts links cm: Sonstige: 2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie? Kopfschmerzen Ausstrahlende Schmerzen Rückenschmerzen Rheumatische Beschwerden Brustdeformationen Bewegungseinschränkungen Taubheitsgefühl Kribbeln Sonstige: 5. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf? Hatswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule Schulter Arme Beine Sonstige: 6. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. schweres Heben, Sport, Unfall)? Ja welche? 5. Wann treten oder traten die Beschwerden auf? einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? Wann erstmals? Wann zuletzt? 5. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Röntgen CT MRT Knochendichtemessung Ultraschall Vann?	1. Wie lautet die Diagnose/Bezeic	hnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen	möglich)?			
Wirbelsäulensyndrom Spondylose Wirbelbrüche Degeneratives Rückenleiden Morbus Scheuermann Rundrücken Beinlängendifferenz: rechts links cm: Sonstige: 2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie? Kopfschmerzen Ausstrahlende Schmerzen Rückenschmerzen Bewegungseinschränkungen Schwindel Brustdeformationen Bewegungseinschränkungen Taubheitsgefühl Kribbeln Sonstige: 5. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf? Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule Schulter Arme Beine Sonstige: 6. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. schweres Heben, Sport, Unfall)? Ja welche? 5. Wann treten oder traten die Beschwerden (Datum)? andauernd Wann erstmals? Wann zuletzt? Andere Medikamente: von:	Hexenschuss (Lumgago)	Arthrose	Wirbelblockierungen	Verspannungen (Myogelosen)		
Morbus Scheuermann Beinlängendifferenz: rechts links cm: Sonstige: 2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie? Kopfschmerzen Ausstrahlende Schmerzen Rückenschmerzen Rheumatische Beschwerden Gerühlsstörungen Schwindel Brustdeformationen Bewegungseinschränkungen Taubheitsgefühl Kribbeln Sonstige: 5. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf? Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule Schulter Arme Beine Sonstige: 6. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. schweres Heben, Sport, Unfall)? Ja welche? 5. Wann treten oder traten die Beschwerden auf? einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? andauernd Wann erstmals? Wann zuletzt? 5. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Kortisontabletten: Von:	Bandscheibenvorfall	Bandscheibenvorwölbung (Protrusion)	Wirbelluxation	Wirbelsäulenfehlstellung (Skoliose		
Beinlängendifferenz: rechts links cm: Sonstige: 2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie? Kopfschmerzen Ausstrahlende Schmerzen Rückenschmerzen Rheumatische Beschwerden Gefühlsstörungen Schwindel Brustdeformationen Bewegungseinschränkungen Taubreitsgefühl Kribbeln Sonstige: 5. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf? Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule Schulter Arme Beine Sonstige: 6. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. schweres Heben, Sport, Unfall)? Ja welche? 5. Wann treten oder traten die Beschwerden auf? einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? wann erstmalis? Wann zuletzt? 6. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlung Schmerzmittel: Kortisontabletten: Andere Medikamente: von:	Wirbelsäulensyndrom	Spondylose	Wirbelbrüche	Degeneratives Rückenleiden		
Sonstige: 2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie? Kopfschmerzen Ausstrahlende Schmerzen Rückenschmerzen Rheumatische Beschwerden Gefühlststörungen Schwindel Brustdeformationen Bewegungseinschränkungen Taubheitsgefühl Kribbeln Sonstige: 5. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf? Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule Schulter Arme Beine Sonstige: 6. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. schweres Heben, Sport, Unfall)? Ja welche? 5. Wann treten oder traten die Beschwerden auf? einmallig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? andauernd Wann erstmals? Wann zutetzt? Keine Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Andere Medikamente: Von: bis: In welcher Dosierung? täglich mal am Tag) bei Bedarf mal im Monat Massage/Fango Akupunktur/Schmerztherapie Absatzhöhungen/orthopädische Einlagen Krankengymnastik Chirotherapie Halsstütze Sonstige: von: bis: Von: bis: Von: bis: Von: Volten Beschwerden Beschwerden Volten Beschwerden Volten Beschwerden Volten Beschwerden (Z. B. schweres Heben, Sport, Unfall)? Keine Röntgen CT MRT Knochendichtemessung Ultraschall Sonstige: Wann?	Morbus Scheuermann	Rundrücken	Morbus Bechterew	Offene Wirbelsäulenverletzung		
Kopfschmerzen Ausstrahlende Schmerzen Rückenschmerzen Rheumatische Beschwerden Gefühlsstörungen Schwindel Brustdeformationen Bewegungseinschränkungen Taubheitsgefühl Kribbetn Sonstige: 5. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf? Halswirbelsäule Arme Beine Beschwerden (z. B. schweres Heben, Sport, Unfall)? Ja welche? Ja welche? Ja welche? Ja welchen Beschwerden auf? einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? Wann zuletzt? Wann zuletzt? Wann zuletzt? Kortisontabletten: Andere Medikamente: Andere Medikamente: In welcher Dosierung? Täglich (_	rechts links cm:				
Gefühlsstörungen Schwindel Brustdeformationen Bewegungseinschränkungen Taubheitsgefühl Kribbeln Sonstige: 5. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf? Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule Schulter Arme Beine Sonstige: 4. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. schweres Heben, Sport, Unfall)? Ja welche? 5. Wann treten oder traten die Beschwerden auf? einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? wann erstmals? Wann zuletzt? 5. 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 Monat Massage/Fango Akupunktur/Schmerztherapie Absatzerhöhunger/orthopädische Einlagen Mrankengymnastik Chirotherapie Halsstütze Gehnilfe Stützkorsett Sonstige: von: bis: 7. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geptant? Keine Röntgen CT MRT Knochendichtemessung Ultraschall Wann?	2. Unter welchen Beschwerden/S	ymptomen leiden oder litten Sie?				
Taubheitsgefühl Kribbeln Sonstige: 5. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf? Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule Schulter Arme Beine Sonstige: 5. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. schweres Heben, Sport, Unfall)? Ja welche? 5. Wann treten oder traten die Beschwerden auf? einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? Wann erstmals? Wann zuletzt? S. 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 Monat Massage/Fango Akupunktur/Schmerztherapie Absatzerhöhungen/orthopädische Einlagen Krankengymnastik Chirotherapie Halsstütze Gehhilfe Stützkorsett Sonstige: von: bis: 7. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant? Keine Röntgen CT MRT Knochendichtemessung Ultraschall Sonstige: Wann?	Kopfschmerzen	Ausstrahlende Schmerzen	Rückenschmerzen	Rheumatische Beschwerden		
S. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf? Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Sonstige: 4. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. schweres Heben, Sport, Unfalt)? Ja welche? 5. Wann treten oder traten die Beschwerden auf? einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? Wann erstmals? Wann erstmals? Wann zuletzt? 6. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlung Schmerzmittel: Kortisontabletten: Andere Medikamente: von:	Gefühlsstörungen	Schwindel	Brustdeformationen	Bewegungseinschränkungen		
Halswirbelsäule Arme Beine Sonstige: 4. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. schweres Heben, Sport, Unfall)? Ja welche? 5. Wann treten oder traten die Beschwerden auf? einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? andauernd Wann erstmals? Wann zuletzt? 5. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlung Schmerzmittel: Kortisontabletten: Andere Medikamente: von:	Taubheitsgefühl	Kribbeln	Sonstige:			
Arme Beine Sonstige: 4. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. schweres Heben, Sport, Unfall)? Ja welche? 5. Wann treten oder traten die Beschwerden auf? einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? Wann erstmals? Wann zuletzt? 5. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlung Schmerzmittel: Kortisontabletten: Andere Medikamente: von: bis: In welcher Dosierung? täglich (mal am Tag) bei Bedarfmal im Monat Massage/Fango Akupunktur/Schmerztherapie Absatzerhöhungen/orthopädische Einlagen Krankengymnastik Chirotherapie Halsstütze Gehhilfe Stützkorsett Sonstige: von: bis: 7. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant? Keine Röntgen CT MRT Knochendichtemessung Ultraschall Sonstige: Wann?	3. In welchem Bereich treten ode	r traten die Beschwerden auf?				
4. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. schweres Heben, Sport, Unfall)? Ja welche? 5. Wann treten oder traten die Beschwerden auf? einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? Wann erstmals? Wann zuletzt? 5. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlung Schmerzmittel: Kortisontabletten: Andere Medikamente: von: bis: his: his: his: his: his: his: his: h	Halswirbelsäule	Brustwirbelsäule	Lendenwirbelsäule	Schulter		
Ja welche? 5. Wann treten oder traten die Beschwerden auf? einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? andauernd Wann erstmals? Wann zuletzt? 5. 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 Monat Massage/Fango Akupunktur/Schmerztherapie Absatzerhöhungen/orthopädische Einlagen Krankengymnastik Chirotherapie Halsstütze Gehhilfe Stützkorsett Sonstige: von: bis: 7. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant? Keine Röntgen CT MRT Knochendichtemessung Ultraschall Sonstige: Wann?	Arme	Beine	Sonstige:			
6. Wann treten oder traten die Beschwerden auf? einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? andauernd Wann erstmals? Wann zuletzt? 6. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlung Schmerzmittel: Kortisontabletten: Andere Medikamente: von:	4. Gibt es eine bekannte Ursache	oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B	s. schweres Heben, Sport, Unfa	all)?		
einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)? Wann erstmals? Wann zuletzt? Wann zuletzt? 5. 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 Monat Massage/Fango Akupunktur/Schmerztherapie Absatzerhöhungen/orthopädische Einlagen Krankengymnastik Chirotherapie Halsstütze Gehhilfe Stützkorsett Sonstige: von: , , , , , , , , , , , Keine Röntgen CT MRT Knochendichtemessung Ultraschall Sonstige: Wann?	Ja welche?			N		
Wann erstmals? Wann zuletzt? Wann zuletzt? Wann zuletzt? Kortisontabletten: Kortisontabletten: Von:	5. Wann treten oder traten die Be	schwerden auf?				
S. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt? Keine Behandlung Schmerzmittel: Kortisontabletten: Andere Medikamente: von:	einmalig wiederholt in welchen Abständen (Datum)?			andauernd		
Keine Behandlung Schmerzmittel: Andere Medikamente: In welcher Dosierung? täglich (mal am Tag) bei Bedarf mal im Monat Massage/Fango Akupunktur/Schmerztherapie Krankengymnastik Chirotherapie Halsstütze Gehhilfe Stützkorsett Sonstige: von:, bis:, 7. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant? Keine Röntgen CT MRT Knochendichtemessung Ultraschall Sonstige: Wann?	Wann erstmals?	Wann zuletzt?				
Andere Medikamente: In welcher Dosierung? täglich (mal am Tag) bei Bedarf mal im Monat Massage/Fango Akupunktur/Schmerztherapie Absatzerhöhungen/orthopädische Einlagen Krankengymnastik Chirotherapie Halsstütze Gehhilfe Stützkorsett Sonstige: von:	6. Welche Behandlungen werden	oder wurden durchgeführt?				
In welcher Dosierung? täglich (mal am Tag) bei Bedarf mal im Monat Massage/Fango Akupunktur/Schmerztherapie Absatzerhöhungen/orthopädische Einlagen Krankengymnastik Chirotherapie Halsstütze Gehhilfe Stützkorsett Sonstige: von: bis:	Keine Behandlung Schmerzmittel:		Kortisontabletten:			
Massage/Fango Akupunktur/Schmerztherapie Absatzerhöhungen/orthopädische Einlagen Krankengymnastik Chirotherapie Halsstütze Gehhilfe Stützkorsett Sonstige: von: bis: 7. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant? Keine Röntgen CT MRT Knochendichtemessung Ultraschall Sonstige: Wann?	Andere Medikamente:		von: bis: bis:			
Krankengymnastik Gehhilfe Stützkorsett Sonstige: von: von: Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant? Keine Röntgen CT MRT Knochendichtemessung Ultraschall Sonstige: Wann?	In welcher Dosierung?	täglich (mal am Tag) bei Bedari	f mal im Monat			
Gehhilfe Stützkorsett Sonstige: von: bis: 7. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant? Keine Röntgen CT MRT Knochendichtemessung Ultraschall Sonstige: Wann?	Massage/Fango		Absatzerhöhungen/orth	nopädische Einlagen		
von: bis:	Krankengymnastik	Chirotherapie	Halsstütze			
7. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant? Keine Röntgen CT MRT Knochendichtemessung Ultraschall Sonstige: Wann?	Gehhilfe	Stützkorsett	Sonstige:			
Keine Röntgen CT MRT Knochendichtemessung Ultraschall Sonstige: Wann?	von: bis:					
MRT Knochendichtemessung Ultraschall Sonstige: Wann?	7. Welche Untersuchungen wurde	en wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw.	sind geplant?			
Sonstige: Wann?		_				
Wann?		Knochendichtemessung	Ultraschall			
	Sonstige:					
Mit welchem Ergebnis?	Wann?					
	Mit welchem Ergebnis?					



Fragebogen: Wirbelsäulenerkrankungen



B

8. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten ode	er anderen Therapeuten w	aren oder sir	d Sie in Behandlung?		
Name:			Name:		
Anschrift:		A	Anschrift:		
Behandlungszeitraum von:	bis:		Behandlungszeitraum von: bis:		
9. Sind Operationen durchgeführt worde	en oder vorgesehen?				
Ja wann:	Welche?			Nein	
Krankenhaus/Arzt:					
Anschrift:					
Wurde bei einer Operation Fremdmater (z. B. Schrauben, Platten, Knochen, Ban		Ja welc	hes?	Nein	
Wurde das Fremdmaterial mittlerweile entfernt oder ist eine Entfernung vorge		Ja wan	n?	Neir	
10.War aufgrund der Erkrankung/Beschw	verden ein Krankenhaus-, I	Reha-, oder k	uraufenthalt erforderlich?		
Ja wann:	Wie lange?			Nein	
Name der Einrichtung:					
Anschrift: (Bitte Befund beifügen)					
11. Sind Folgen der Erkrankung zurückge oder Nervenfunktionsstörungen)?	blieben (z. B: (Bewegungs	einschränkur	gen, Schmerzen, Kraftminderungen		
Ja welche?				Neir	
12. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung a	rbeits-, schul- oder studier	unfähig gew	esen?		
Ja von: bis	5:	Ja vo	n: , , , , , bis: , , , , , ,	Neir	
13. Haben die o. g. Beschwerden zu Eins	chränkungen im Alltag od	er Beruf gefü	hrt?		
Ja zu welchen?				Neir	
14. Üben Sie wirbelsäulen-/ rückenbela	stende Tätigkeiten aus?				
Bücken, Knien	Erschütterungen		Langes Stehen	Neir	
Kälteexpositon	Lange Autofahrten		Schwer Heben, Tragen (mehr als 10 kg)		
Arbeiten in Zwangshaltung	Sonstige:				
15. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel	aus medizinischen Gründe	en erfolgt od	er angeraten/angestrebt?		
Ja Zeitpunkt des Wechsels:				Neir	
Früherer Beruf:					
Jetziger Beruf:					
Unterschrift:					
Ort	Datum		Unterschrift der zu versichernden Person		

