

Fragebogen: Gelenkserkrankungen

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Wann und wie häufig hatten Sie Beschwerden an den Gelenken, Bändern und Sehnen?

Erläuterung

2. Welche Gelenke waren betroffen?

Gelenke

rechts links beiderseits

3. Waren Sie deshalb arbeitsunfähig?

Ja | wann und wie lange: _____

Nein

4. Welche Diagnose stellte der Arzt?

Diagnose

5. Name und Anschrift des behandelnden Arztes?

behandelnder Arzt

Krankenhausaufenthalte Kuraufenthalte

Name und Anschrift der Klinik

wann und wie lange

6. Art der Behandlung

Existieren Röntgenaufnahmen? Ja | von wann: _____ Nein

7. Wurde eine / mehrere Arthroskopie(n) durchgeführt?

Ja | wann: _____ rechts links beiderseits

Nein

8. Wurde eine andere Operation durchgeführt?

Ja | wann: _____ rechts links beiderseits

Art der Operation

Nein

Fragebogen: Gelenkserkrankungen

B

9. Was wurde Ihnen verordnet?

- Massagen
 Krankengymnastik
 Sonstiges

Erläuterung

10. Welche Medikamente wurden Ihnen verordnet und wann?

Name der Medikamente

Datum

Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?

11. Sind Sie völlig geheilt?

- Ja | seit wann: (Datum)
 Nein

12. Welche Beschwerden bestehen noch?

13. Ist eine Operation vorgesehen?

- Ja | wann: _____ | welche: _____
 Nein

14. Sind weitere Reha-Maßnahmen vorgesehen?

- Ja | wann: _____
 Nein

15. Sind Dauerfolgen zurückgeblieben?

- Ja | welche: _____
 Nein

16. Welcher weitere Arzt hat Sie behandelt bzw. behandelt Sie jetzt noch?

Name, Anschrift und Fachrichtung

17. Wann und wegen welcher Erkrankung?

Zeitraum

Art der Erkrankung

18. Waren Sie jemals länger als vier Wochen arbeits- bzw. berufsunfähig und wegen welcher Erkrankung?

- Ja | wann: _____ (Zeitraum)

Art der Erkrankung

- Nein

19. Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE %)?

- Ja | wieviel % MdE: _____ | welcher Grund für MdE: _____
 Nein

20. Streben Sie aus medizinischen Gründen einen Arbeitsplatzwechsel an?

- Ja | wann: _____ (Zeitraum)
 Nein

Ort, Datum

Unterschrift Kunde