

Fragebogen: Gelenkserkrankungen

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung?

Arthrose	Weichteilrheuma	Rheumatoide Arthritis/chronische Polyarthritis
Reaktive Arthritis	Morbus Bechterew	Morbus Still (adulte Form)
Fibromyalgie	Morbus Still (juvenile Form)	Sonstige:

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

Gelenkschmerzen	Gelenksteifigkeit	Muskelschmerzen
Rheumatisches Fieber	Erschöpfung/Müdigkeit	Rheumaknoten
Einschränkung der Beweglichkeit	Verformung, Verschiebung und/oder Zerstörung von Gelenken	
Sonstige:		

3. Welche Gelenke oder Körperteile sind oder waren von der Erkrankung betroffen?

Hände	Arm	Schulter	Hüfte
Ellenbogen	Schulter	Fuß	Knie
Andere Stellen:			
Seite:	links	rechts	beidseits

4. Besteht eine Beteiligung der inneren Organe/systemische Beteiligung?

Herz	Leber	Lunge	Blutgefäße	Sonstige:	Nein
------	-------	-------	------------	-----------	------

5. 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	Medikamente:	von:		bis:	
	Andere Therapien:	von:		bis:	
In welcher Dosierung? täglich (____ mal am Tag) bei Bedarf ____ mal im Jahr					

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:

8. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja wann: 	Welche?	Nein
Krankenhaus/Arzt:		
Anschrift:		

(Bei Befund beifügen)

B

9. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant?

Keine	Röntgen	Szintigraphie
CT/MRT	Gelenkflüssigkeitsuntersuchung	Ultraschall
Laboruntersuchung <small>(z. B. Rheumafaktor, Entzündungsmarker CRP/BKS)</small>	Arthroskopie	Sonstige:

Wann? In welchen Abständen?

Mit welchem Ergebnis?

(Bitte Befund beifügen)

10. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann: Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

11. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B: Belastungseinschränkungen, störende Narben, Schmerzen)?

Ja | welche?

Nein

12. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studierunfähig gewesen?

Ja | von: bis: Ja | von: bis:

Nein

13. Bestehen folgende Anforderungen an Ihre berufliche Tätigkeit?

Arbeiten in Zwangshaltung	Schwer Heben, Tragen (mehr als 10 kg)	Baustellenbegehungen	Nein
Langes Stehen	Bücken, Knien	Erschütterungen	
Leitern steigen	Außendiensteinsätze	Kälteexposition	
Häufiges Autofahren	Dauernd wiederholende gleichförmige Bewegungen am Arbeitsplatz		

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

Ja | zu welchen?

Nein

15. 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