

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: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 15px;"></span> bis: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 15px;"></span>	Behandlungszeitraum   von: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 15px;"></span> bis: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 15px;"></span>

## 8. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja   wann: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	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
Langes Stehen	Bücken, Knien	Erschütterungen
Leitern steigen	Außendiensteinsätze	Kälteexposition
Häufiges Autofahren	Dauernd wiederholende gleichförmige Bewegungen am Arbeitsplatz	

Nein

**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