

# Fragebogen: Knieerkrankungen

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?         | <input type="text"/> | Wann zuletzt?             | <input type="text"/>   |           |
| 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: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> |
| In welcher Dosierung?           | täglich ( <input type="text"/> mal am Tag)           | bei Bedarf <input type="text"/> mal im Jahr         |
| Heilmittelverordnungen:         |  |   |
| Krankengymnastik/Physiotherapie | Akupunktur   | Andere Therapien:                                   |
| In welcher Dosierung?           | wöchentlich ( <input type="text"/> mal in der Woche) |   |
| von: <input type="text"/>       | bis: <input type="text"/>                            |   |

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

- |   |   |
|---|---|
| Name:   | Name:   |
| Anschrift:  | Anschrift:  |
| Behandlungszeitraum   von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> | Behandlungszeitraum   von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> |

# Fragebogen: Knieerkrankungen

B

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

Keine  
Arthroskopie  
Sonographie  
CT  
Röntgen  
MRT  
Sonstige:

Wann?  
Mit welchem Ergebnis?

**9. Falls eine Meniskusoperation durchgeführt wurde oder vorgesehen ist:**

Innenmeniskus  
Außenmeniskus  
rechts  
links  
teilweise entfernt  
vollständig entfernt

**10. Falls eine Kreuzbandoperation durchgeführt wurde oder vorgesehen ist:**

Kreuzband genäht  
Kreuzbandplastik  
Mit welchem Material?

**11. Sind andere oder weitere Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?**

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

**12. Wurde bei einer Operation Fremdmaterial eingebaut (z. B. Schrauben, Platten, künstliches Gelenk)?**

Ja | wann:      Was? Nein  
Krankenhaus/Arzt:  
Anschrift:

**13. Wurde das Fremdmaterial mittlerweile wieder entfernt oder ist eine Entfernung vorgesehen?**

Ja | wann:      Was? Nein  
Krankenhaus/Arzt:  
Anschrift:

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

Ja | wann:      Wie lange? Nein  
Name der Einrichtung:  
Anschrift:  
(Bitte Befund beifügen)

**15. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Kraftminderungen, Instabilitäten oder Schwellung der Kniegelenke)?**

Ja | welche? Nein

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

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

**17. Üben Sie kniegelenksbelastende Tätigkeiten aus?**

Arbeiten im Knien oder Hocken  
Häufiges Treppensteigen  
Arbeiten auf unebenem Untergrund  
Sonstige:  
Wie lange und wie oft durchschnittlich pro Woche? Nein

# 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