

A

Zu versichernde Person	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> <td style="width:10%; height: 20px;"></td> </tr> </table> Geb.-Datum								
Berufliche Tätigkeit									

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

- | | | |
|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| Prellung | Inkomplette Fraktur | Mehrfachfraktur |
| Zerrung | (Haarriss) Trümmerfraktur | Ermüdungsfraktur |
| Einfache Fraktur | Sonstige: | |
| Mit Gelenkbeteiligung | | Ohne Gelenkbeteiligung |

2. Wann erlitten Sie die Verletzung?

Seit wann sind Sie beschwerdefrei?

3. Welche Gelenke oder Körperteile sind oder waren betroffen?

- | | | | |
|-------------|------------|-------------------|------------|
| Kniegelenke | Fuß | Unterarm | |
| Hand | Schulter | Finger welcher? | |
| Hüfte | Ellenbogen | Zehen welcher? | |
| Sonstige: | | | |
| Seite: | links | rechts | beidseitig |

4. Welche Ursache hat oder hatte die Verletzung?

- Unfall Verletzung Verschleiß/Arthrose Rheumatische Erkrankung Sonstige:
- Bitte machen Sie hierzu nähere Angaben:

5. Sind innere Verletzungen eingetreten oder wurden Nerven/Nervenzentren beschädigt?

Ja | welche? Nein

6. Sind bei Ihnen aufgrund der Verletzung Bewusstseinsstörungen aufgetreten?

bis zu 15 Minuten bis zu 24 Stunden länger als 24 Stunden Nein

7. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

- Keine Schmerzmittel: andere Medikamente:
- von: bis: In welcher Dosierung? täglich _____ mal im Jahr _____ mal pro Woche
- Verband Schiene/Gips Krankengymnastik Akupunktur/Schmerztherapie
- Andere Therapien:
- Wie oft wöchentlich? _____ von: bis:

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

- | | | |
|-----------------------|---------------|-------------|
| Keine | CT | Ultraschall |
| MRT | Szintigraphie | Röntgen |
| Sonstige: | | |
| Mit welchem Ergebnis? | | |

(Bitte Befund beifügen)

B

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

Name:
Anschrift:

Name:
Anschrift:

Behandlungszeitraum | von bis:

Behandlungszeitraum | von bis:

10. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja | wann:

Welche?

Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

Wurde Ihnen ein Organ oder Körperteil entfernt? Ja | welches?

Nein

(Bei Befund beifügen)

11. War aufgrund der Verletzung ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann:

Wie lange?

Nein

Name der Einrichtung:

Anschrift:

(Bitte Befund beifügen)

12. Sind Folgen der Verletzung zurückgeblieben (z. B: Schmerzen, Gefühlsstörungen, Funktionsstörungen, Bewegungseinschränkungen, Belastungsminderungen)?

Ja | welche?

Nein

13. Sind Sie aufgrund Ihrer Verletzung arbeits-, schul- oder studienunfähig gewesen?

Ja | von:

bis:

Ja | von:

bis:

Nein

14. 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

15. Benötigen Sie Hilfsmittel (z.B. Einlagen, spezielle Schuhe, Gehhilfen)?

Ja | welche?

Nein

16. Haben die Verletzungen zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen?

Nein

17. 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