

# Fragebogen: Wirbelsäulenerkrankungen

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

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

- |                                   |                                     |                     |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| Hexenschuss (Lumago)              | Arthrose                            | Wirbelblockierungen | Verspannungen (Myogelosen)          |
| Bandscheibenvorfall               | Bandscheibenvorwölbung (Protrusion) | Wirbelluxation      | Wirbelsäulenfehlstellung (Skoliose) |
| Wirbelsäulensyndrom               | Spondylose                          | Wirbelbrüche        | Degeneratives Rückenleiden          |
| Morbus Scheuermann                | Rundrücken                          | Morbus Bechterew    | Offene Wirbelsäulenverletzung       |
| Beinlängendifferenz:<br>Sonstige: | rechts links cm:                    |                     |                                     |

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

- |                  |                         |                    |                          |
|------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------|
| Kopfschmerzen    | Ausstrahlende Schmerzen | Rückenschmerzen    | Rheumatische Beschwerden |
| Gefühlsstörungen | Schwindel               | Brustdeformationen | Bewegungseinschränkungen |
| Taubheitsgefühl  | Kribbeln                | Sonstige:          |                          |

**3. In welchem Bereich treten oder traten die Beschwerden auf?**

- |                 |                  |                   |          |
|-----------------|------------------|-------------------|----------|
| Halswirbelsäule | Brustwirbelsäule | Lendenwirbelsäule | Schulter |
| Arme            | Beine            | Sonstige:         |          |

**4. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden (z. B. schweres Heben, Sport, Unfall)?**

Ja | welche? 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 Behandlung      Schmerzmittel:      Kortisontabletten:

Andere Medikamente:      von:  bis:

In welcher Dosierung?      täglich ( \_\_\_\_ mal am Tag)      bei Bedarf \_\_\_\_ mal im Monat

Massage/Fango	Akupunktur/Schmerztherapie	Absatzerhöhungen/orthopädische Einlagen
Krankengymnastik	Chirotherapie	Halsstütze
Gehilfe	Stützkorsett	Sonstige:

von:  bis:

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

Keine	Röntgen	CT
MRT	Knochendichtemessung	Ultraschall
Sonstige:		

Wann?

Mit welchem Ergebnis?

**(Bitte Befund beifügen)**

B

**8. 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"/>

**9. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?**

Ja | wann:  Welche?  Nein

Krankenhaus/Arzt:

Anschrift:

Wurde bei einer Operation Fremdmaterial eingebracht (z. B. Schrauben, Platten, Knochen, Bandscheibenersatz)? Ja | welches? Nein

Wurde das Fremdmaterial mittlerweile wieder entfernt oder ist eine Entfernung vorgesehen? Ja | wann?  Nein

**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. (Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Kraftminderungen oder Nervenfunktionsstörungen)?**

Ja | welche?  Nein

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

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

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

Ja | zu welchen?  Nein

**14. Üben Sie wirbelsäulen-/ rückenbelastende Tätigkeiten aus?**

Bücken, Knien	Erschütterungen	Langes Stehen	Nein
Kälteexposition	Lange Autofahrten	Schwer Heben, Tragen (mehr als 10 kg)	
Arbeiten in Zwangshaltung	Sonstige: <input type="text"/>		

**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