

## Zusatzfragebogen

als Ergänzung zum Antrag/ zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom: \_\_\_\_\_  
(ersetzt nicht die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag/ in der Anmeldung  
bzw. in der Angebotsanforderung)

Zuname

Versicherungsnummer

Vorname

Geburtsdatum

## Knieerkrankungen

Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, - je nach Verschulden - vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag.

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu!  
Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Meniskusriss                           | <input type="checkbox"/> Kreuzbandriss:                  |
| <input type="checkbox"/> Innenbandriss                          | <input type="checkbox"/> vorderes Kreuzband              |
| <input type="checkbox"/> Außenbandriss                          | <input type="checkbox"/> hinteres Kreuzband              |
| <input type="checkbox"/> Gonarthrose                            | <input type="checkbox"/> vorderes und hinteres Kreuzband |
| <input type="checkbox"/> Patellaspitzen syndrom                 | <input type="checkbox"/> Läuferknie                      |
| <input type="checkbox"/> Knorpelschaden/Chondropathie patellae: | <input type="checkbox"/> Osteochondrosis dissecans:      |
| <input type="checkbox"/> Grad I                                 | <input type="checkbox"/> Stadium I                       |
| <input type="checkbox"/> Grad II                                | <input type="checkbox"/> Stadium II                      |
| <input type="checkbox"/> Grad III                               | <input type="checkbox"/> Stadium III                     |
| <input type="checkbox"/> Grad IV                                | <input type="checkbox"/> Stadium IV                      |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:                             | <input type="checkbox"/> Sonstiges:                      |

Sonstige, welche?

---

An welchen Kniegelenken traten die Beschwerden auf?

- rechts       links       beidseits

Welche Ursachen lagen den Beschwerden zugrunde?

- Verletzung  
 Degenerative Veränderungen (Verschleiß, Arthrose)  
 Überlastung  
 Rheumatische Erkrankung, welche?

---

Gelenkfehlstellung, welche?

---

Sonstige, welche?

---

Welche Untersuchungen sind bisher erfolgt bzw. angeraten?

- |  |             |                |
|--|-------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Gelenkspiegelung (Arthroskopie) | wann? _____ | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Röntgen                         | wann? _____ | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Computer-, Kernspintomographie  | wann? _____ | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonographie                     | wann? _____ | wie oft? _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, welche?               | wann? _____ | wie oft? _____ |
- 

Befunde, Untersuchungsergebnisse?

---

**Bitte überlassen Sie uns eine Kopie der Behandlungs- und Befundberichte!**

Welche Behandlungsweisen/ Therapien sind bisher erfolgt bzw. angeraten?

medikamentöse Therapie, Name? - Dosierung? von - bis? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankengymnastik von - bis? \_\_\_\_\_

Physiotherapie von - bis? \_\_\_\_\_

Wärmebehandlung, Bestrahlung von - bis? \_\_\_\_\_

Verband/Schiene/Gips von - bis? \_\_\_\_\_

Sonstige, welche? von - bis? \_\_\_\_\_

Ist eine operative Therapie erfolgt?

ja  nein

Wenn „ja“, welche?

Nur bei Meniskusverletzungen/Meniskusschäden auszufüllen:

Meniskusnaht  
 Meniskusteilentfernung  
 Meniskusentfernung  
 Meniskusimplantate  
 Sonstige, welche?

Ist das Knie vollständig belastbar?

ja  nein

Sind Folgen oder Beschwerden der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Kraftminderungen, Instabilitäten oder Schwellung der Kniegelenke, Knorpelschaden, Arthrose/Gelenkverschleiß, Versteifung/ Teilversteifung des Kniegelenks)?

ja  nein

Wenn „ja“, welche?

Üben Sie kniegelenksbelastende Tätigkeiten aus  
(z.B. Arbeiten im Knie oder Hocken, häufiges  
Treppensteigen oder Arbeiten auf unebenem Untergrund)?  
Wenn „ja“, welche?

ja     nein

Welcher Arzt kann Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben.)

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller/ Anmeldenden bzw. Interessenten:

**Hinweis:** Bitte überlassen Sie uns für kurze Zeit (möglichst in Kopie) die Ihnen vorliegenden Entlassungs- und Untersuchungs- sowie Behandlungs- und Befundberichte.

## **Erklärung**

Die gemachten Angaben zu den Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.  
Für die Richtigkeit der Angaben bin ich alleinverantwortlich, auch wenn ich die Erklärung nicht selbst ausgefüllt habe. Die Hinweise auf die „Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag habe ich beachtet.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten