

## 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"/> Patellaspitzensyndrom                  | <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?

---

☐ ja      ☐ nein

---

[illegible]

## Erklärung

Ort/Datum
-----------

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten