

Service-Center
MetallRente.Arbeitskraftabsicherung
85746 Garching b. München

FRAGEBOGEN Unfall/Verletzung/Gelenke

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____

1. Welche Diagnose wurde vom Arzt gestellt?

2. Welche Körperteile waren betroffen?

- Fuß/Sprungelenk
 Knie
 Hüfte
 Hand
 Ellenbogen
 Arm
 Schulter
 sonstige _____

Seite links rechts beidseits

Bei Brüchen:

- mit Gelenkbeteiligung
 ohne Gelenkbeteiligung

Bei Schnittverletzungen:

- mit Beteiligung von Sehnen/Bändern
 ohne Beteiligung von Sehnen/Bändern

3. Welche Ursachen liegen/lagen den Beschwerden zugrunde? (Bitte machen Sie gegebenenfalls nähere Angaben.)

- Unfall
 Verletzung _____
 degenerative Veränderungen (Verschleiß, Arthrose)
 rheumatische Erkrankung
 Gelenkfehlstellung (angeboren/erworben)
 Beinlängendifferenz
wie viele cm _____
 sonstige _____

4. Wann erlitten Sie die Verletzung bzw. wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

5. Welche Behandlungen werden/wurden durchgeführt?

- Krankengymnastik
Zeitraum _____
 Verband/Schiene/Gips

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Amtsgericht München HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Jörg Arnold
Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich • CHE-105.928.677
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Klaus Tschüscher,
Thomas Buess, Monika Bütler, Adrienne Corboud Fumagalli,
Ueli Dietiker, Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker,
Henry Peter, Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber

Deutsche Bank AG

IBAN DE93 7007 0010 0213 0243 00
BIC DEUT DE MM XXX

Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095

FRAGEBOGEN Unfall/Verletzung/Gelenke

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

Medikamente (Salben, Spritzen, Tabletten)
welche _____
wie oft ständig bei Bedarf
Zeitraum _____

Einlagenverordnung
 Osteosynthese (Schrauben, Platten, Drähte)
 noch vorhanden
 entfernt am _____

Kuraufenthalte
 Krankenhausaufenthalte
 Operationen
wann _____
welche _____
 sonstige _____

6. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre verschreibungspflichtige und/oder rezeptfreie Medikamente länger als 1 Woche ununterbrochen ein?
 ja, welche _____
Zeitraum _____
 nein

7. Sind weitere Untersuchungen und/oder Behandlungen geplant?
(auch anstehende Metallentfernung)
 ja, Angaben zu Art, Umfang und Zeitpunkt

 nein

8. Ist die Fraktur/Verletzung folgenlos ausgeheilt? (Eine folgenlose Ausheilung liegt vor, wenn Beschwerdefreiheit vorliegt, keine Nachbehandlung mehr erforderlich ist, Heilung in Normalstellung erfolgt ist und das betroffene Gelenk/Bandapparat/Knochen voll belastbar ist.)
 ja, seit (Monat/Jahr) _____
 nein

Wenn nein, welche Folgen und Beschwerden bestehen noch?
 Arthrose/Gelenkverschleiß
 Gelenkversteifung, Arthrodesse
 Belastungs- und Bewegungsschmerz
 Schmerzen auch in Ruhe
 Gelenkschwellung/Gelenkentzündung
 Bewegungseinschränkung
 Knorpelschaden
 sonstige _____

9. Ist das betroffene Gelenk/Band bei der Ausübung Ihrer Tätigkeit besonderen Belastungen ausgesetzt oder traten/treten die Beschwerden im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit auf bzw. wurden dadurch verstärkt?
 ja
 nein

10. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?
 ja
 nein, Einschränkungen _____

11. Wurden Sie aufgrund dieser Beschwerden innerhalb der letzten 5 Jahre krankgeschrieben?
 ja, wann und wie lange _____

 nein

12. Welchen Arzt/Behandler nehmen/nahmen Sie wegen der Beschwerden in Anspruch?
(Name und vollständige Adresse)

FRAGEBOGEN Unfall/Verletzung/Gelenke

Versicherung Nr. _____

Versicherte Person _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zusätzlich bei Abschluss eines Pflege-Tarifs.

13. Welche der folgenden Aussagen bzgl. Ihrer Mobilität ist zutreffend?

- Ich habe keine Probleme bei einer Gehstrecke von 200m oder mehr.
- Ich habe Probleme bei einer Gehstrecke von 10 bis 200m.
- Ich habe Probleme bei einer Gehstrecke von weniger als 10m.
- Ich habe Probleme beim Treppensteigen.
- Ich benutze eine Gehhilfe (z. B. Gehstock, Rollator, Stützen etc.).

Bitte machen Sie ggf. nähere Angaben zu Art und Umfang der Schwierigkeiten bzw. der benötigten Hilfe.

14. Welche der folgenden Aussagen bzgl. der Tätigkeiten des täglichen Lebens wie sich Waschen, Toilettengang, Kontinenz, sich Ankleiden, Essen, Einkaufen, Kommunikation etc. ist für Sie zutreffend?

- Ich habe keine Schwierigkeiten bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens.
- Ich habe Schwierigkeiten bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens, komme aber noch in allen Bereichen ohne fremde Hilfe aus.
- Ich benötige Hilfe einer anderen Person bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens.

Bitte machen Sie ggf. nähere Angaben zu Art und Umfang der Schwierigkeiten bzw. der benötigten Hilfe.

Sollten Ihnen ärztliche Unterlagen vorliegen, bitten wir um Überlassung/Einreichung für eine kurze Einsichtnahme.

Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

Datum

Unterschrift Versicherte Person

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter