

## Fragebogen Rücken/Wirbelsäule

Versicherungs-Nr.: Zu versichernde Person:		Bitte zurücksenden an: Hannoversche Lebensversicherung AG 30177 Hannover	
<b>BAS 8176</b>			
<b>1. Welche Beschwerden bestehen oder bestanden?</b>			
<b>2. Wie nannte der Arzt die Erkrankung?</b>		<input type="checkbox"/> Schleudertrauma <input type="checkbox"/> HWS-Syndrom <input type="checkbox"/> BWS-Syndrom <input type="checkbox"/> LWS-Syndrom <input type="checkbox"/> Verspannung <input type="checkbox"/> Hexenschuss <input type="checkbox"/> Ischialgie <input type="checkbox"/> Bechterew-Krankheit <input type="checkbox"/> Wirbelgleiten <input type="checkbox"/> Scheuermann <input type="checkbox"/> Lumbalgie <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall <input type="checkbox"/> Skoliose <input type="checkbox"/> Beinverkürzung <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
<b>3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?</b>			
<b>4. Wie lange dauern/dauerten die Beschwerden und wie oft treten/traten sie auf?</b>		<b>Beschwerdehäufigkeit:</b> <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <b>Beschwerdezeitraum pro Jahr:</b> <input type="checkbox"/> bis zu einer Woche <input type="checkbox"/> bis zu einem Monat <input type="checkbox"/> 2–3 Monate <input type="checkbox"/> größer 4 Monate <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
<b>5. Bestehen noch Beschwerden oder Bewegungseinschränkungen?</b> Falls ja, welcher Art?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>6. Sind Sie völlig beschwerdefrei? Wenn ja, seit wann?</b>			
<b>7. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Erkrankung arbeitsunfähig gewesen?</b> Falls ja, wann und wie lange?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>8. Ist Ihnen die Ursache für die Erkrankung/Beschwerden bekannt (z.B. Unfall, Überlastung, Zugluft, Verheben, Verschleiß)?</b>			
<b>9. Wie wurden die Beschwerden behandelt?</b>		<input type="checkbox"/> Massagen <input type="checkbox"/> Spritze(n) <input type="checkbox"/> Medikamente (Name, Dosierung): <input type="checkbox"/> Sonstiges: <b>zuletzt am (Monat,Jahr):</b>	
<b>10. Ist eine Operation durchgeführt worden oder ist eine solche angeraten?</b> Falls ja, wann und welcher Art?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>11. Wurden Röntgenuntersuchungen oder Computer-/Kernspintomographien durchgeführt? Wann?</b> Art der Untersuchung? Ergebnis?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Die gesetzliche Verpflichtung, alle bekannten gefahrerheblichen Umstände wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, gilt auch für die hier gestellten Fragen. Hinsichtlich der möglichen Konsequenzen einer Verletzung der Anzeigepflichten verweisen wir auf unsere zusammen mit den Versicherungsbedingungen übersandte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage [www.hannoversche.de](http://www.hannoversche.de) unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Ort · Datum	Unterschrift der zu versichernden Person
-------------	--