

Fragebogen Rücken/Wirbelsäule

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Vorname Nachname

Geburtsdatum

1. Welche Beschwerden bestehen oder bestanden?

2. Wie nannte der Arzt die Erkrankung?

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|
| <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: | <input type="text"/> |

3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

4. Wie lange dauern/dauerten die Beschwerden und wie oft treten/traten sie auf?

Beschwerdehäufigkeit:

- einmalig selten gelegentlich häufig

Beschwerdezeitraum pro Jahr:

- bis zu einer Woche bis zu einem Monat
- größer 4 Monate 2-3 Monate Sonstiges:

5. Bestehen noch Beschwerden oder Bewegungseinschränkungen?

- Nein Ja Falls ja, welcher Art?

6. Sind Sie völlig beschwerdefrei? Wenn ja, seit wann?

7. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Erkrankung arbeitsunfähig gewesen?

- Nein Ja Falls ja, wann und wie lange?

8. Ist Ihnen die Ursache für die Erkrankung/Beschwerden bekannt (z. B. Unfall, Überlastung, Zugluft, Verheben, Verschleiß)?



9. Wie wurden die Beschwerden behandelt?

Massagen Spritze(n) Medikamente (Name, Dosierung):

Sonstiges:

zuletzt am (Monat,Jahr):

10. Ist eine Operation durchgeführt worden oder ist eine solche angeraten?

Nein Ja

Falls ja, wann und welcher Art?

11. Wurden Röntgenuntersuchungen oder Computer-/Kernspintomographien durchgeführt?

Nein Ja

wann?

Art der Untersuchung?

Ergebnis?

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 unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Ort, Datum Unterschrift der versicherten Person

Bitte Rückversand an: Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover