

Fragebogen rheumatische Erkrankungen

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsnummer

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann.

Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung des Antrags.

Bitte beachten

Unsere Fragen beziehen sich grundsätzlich auf **Behandlungen und Untersuchungen in den letzten 3 Jahren** ab Datum der Antragstellung bzw. Erstellung eines Vorschlages zum Abschluss einer Versicherung. Zu **stationären Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren** bitten wir jedoch um **Angaben aus den letzten 5 Jahren**.

Krankheiten

1. Welche **Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen** durch rheumatische Erkrankungen bestehen oder bestanden bei Ihnen?

- | | |
|--|---|
| ☐ Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) | ☐ Rheuma |
| ☐ Rheumatoide Arthritis | ☐ Psoriasis-Arthritis |
| ☐ Primär chronische Polyarthritis (PCP) | ☐ juvenile idiopathische Arthritis |
| ☐ Sklerodermie | ☐ systemischer Lupus erythematoses |
| ☐ Sjögren-Syndrom / Sicca-Syndrom | ☐ Kollagenosen |
| ☐ Fibromyalgie | |
| ☐ andere und zwar | |

Bitte reichen Sie die entsprechenden Arztberichte/Krankenhausentlassungsberichte in Kopie mit ein.

Beschwerden

2. An welchen Gelenken haben/hatten Sie Beschwerden?

Neben den Gelenken sind betroffen: ☐ Organe ☐ Gewebe ☐ Haut
☐ keine sonstigen Beschwerden

Welche Beschwerden bestehen/bestanden?

- ☐ Schmerzen ☐ Bewegungseinschränkungen ☐ Schwellung ☐ keine
☐ andere und zwar

Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

Wann sind die Beschwerden zuletzt aufgetreten?

Sind Sie beschwerdefrei?

☐ Ja, seit

☐ Nein, folgende Beschwerden/Folgen/Einschränkungen bestehen:

Untersuchungen

3. Welche speziellen Untersuchungen oder Behandlungen bzgl. der rheumatischen Erkrankungen erfolgten oder sind geplant?

- | | |
|---|--|
| ☐ Röntgenuntersuchungen | ☐ Laboruntersuchungen
(Bitte reichen Sie die Laborwerte in Kopie mit ein.) |
| ☐ Kernspin (MRT) | ☐ Ultraschalluntersuchung / Sonografie |
| ☐ Computertomographie (CT) | ☐ keine |
| ☐ andere und zwar _____ | |

Medikamente

4. Welche Medikamente nehmen Sie aufgrund der rheumatischen Erkrankung(en) ein?

Behandler

5. Nennen Sie uns zu den angegebenen Untersuchungen, Behandlungen, Operationen oder stationären Aufenthalten (Krankenhaus/Reha/Kur) bitte

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Untersuchungsart _____

Datum von _____ bis _____

Behandler _____

Arbeitsunfähigkeiten

6. Waren Sie aufgrund der rheumatischen Erkrankungen **arbeitsunfähig**?

☐ Nein ☐ Ja, Zeitraum _____

Zusätzliche Angaben

Folgende Zusatzinformationen sind beigelegt:

Sofern hier keine Angaben getätigt werden, gehen wir davon aus, dass keine Beiblätter, Befundkopien etc. beigelegt wurden.

**Schlusserklärung
und Unterschrift**

Alle vorstehenden Fragen wurden **wahrheitsgemäß und vollständig** beantwortet. **Für die Richtigkeit übernehme ich die alleinige Verantwortung, auch wenn ein Dritter** (z. B. Vermittler) diesen **Fragebogen für mich ausgefüllt hat.**

Ort, Datum

X

Unterschrift der versicherten Person (bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)