

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

profunda Versicherungsmakler & Finanzberatung GmbH

Berliner Str. 33 • 16540 Hohen Neuendorf

Tel.: 03303 / 2973910

Fax: 03303/ 2973911

info@profunda-vm.de

http://www.profunda-vm.de

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Zu versichernde Person	
1.1. Vorname, Nachname	<input type="text"/>
1.2. Geburtsdatum	<input type="text"/>
1.3. Beruf	<input type="text"/>
1.4. Berufsstatus	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst <input type="checkbox"/> andere <input type="text"/>
2. Fragen zur Erkrankung	
2.1. Wie bezeichnete der Behandler die Verletzung?	<input type="text"/>
2.2. Wer behandelte Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung (Name und Anschrift)?	<input type="text"/>
2.3. Wie oft haben Sie in den letzten 36 Monaten einen Behandler aufgesucht?	<input type="text"/>
2.4. Welche Beschwerden hatten Sie?	<input type="text"/>
2.5. Seit wann hatten Sie diese Beschwerden?	<input type="text"/>
2.6. Welches Knie ist betroffen?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
2.7. Sind die Kreuzbänder betroffen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Fragebogen Knieerkrankungen / Seite 2/3

2.8. Wurde eine Miniskusentfernung / -teilentfernung vorgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.9. In welchem Zeitraum waren Sie in Behandlung oder Kontrolle?	von: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> bis: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
2.10. Sind Sie aktuell noch in Behandlung oder Kontrolle?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.11. War eine Krankenhausbehandlung erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär Wann und wo? <input type="text"/>
2.12. Wurden Sie operiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wann und welche Operation? <input type="text"/>
2.13. Erhielten Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? <input type="text"/>
2.14. Nehmen Sie die Medikamente noch?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2.15. Haben Sie Massagen, Krankengymnastik, Bestrahlungen oder Bäder genutzt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , was und wieviele in den letzten 12 Monaten? <input type="text"/>
2.16. Wurden Ihnen Injektionen verabreicht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , wieviele in den letzten 12 Monaten? <input type="text"/>
2.17. Haben Sie sich anderer Behandlungen (z.B. Physiotherapie, Spiegelungen, usw.) unterzogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , welche? Ggf. Befund beilegen <input type="text"/>
2.18. Sind Sie jetzt beschwerdefrei?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja , seit wann? <input type="text"/> Wenn nein , welcher Art sind die Beschwerden? <input type="text"/>

