

Service-Center  
MetallRente.Arbeitskraftabsicherung  
85746 Garching b. München

## FRAGEBOGEN Frakturen/Verletzungen/Fehlbildungen von Gelenken/Bändern/Muskeln

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_  
Versicherte Person \_\_\_\_\_

**1. Üben Sie in Ihrem Beruf folgende Tätigkeiten aus?**

(z. B. Tätigkeiten mit Zwangshaltungen, Heben, Tragen, Bücken, Knien, Stehen, sich dauernd wiederholende gleichförmige Bewegungen am Arbeitsplatz, Leitern steigen, Außendienstesätze, Baustellenbegehungen, häufiges Autofahren, Kälteexposition, Erschütterungen)

ja, folgende \_\_\_\_\_

nein \_\_\_\_\_

**Bei Autofahrten**

Sind Sie zur Ausübung Ihres Berufes auf das Auto angewiesen?

ja  nein

**2. Welche Diagnose wurde vom Arzt gestellt?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Welche Körperteile waren betroffen?**

- Fuß/Sprunggelenk
- Knie
- Hüfte
- Hand
- Ellenbogen
- Arm
- Schulter
- sonstige \_\_\_\_\_

Seite?  links  rechts  beidseits

**Bei Brüchen**

- mit Gelenkbeteiligung
- ohne Gelenkbeteiligung

**4. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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.), Frank Schnewlin,  
Thomas Buess, Adrienne Corboud Fumagalli, Ueli Dietiker,  
Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker, Henry Peter,  
Dr. Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber, Klaus Tschütscher

Deutsche Bank AG

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

Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095

## FRAGEBOGEN Gelenke

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_

Versicherte Person \_\_\_\_\_

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

- Verletzung \_\_\_\_\_
- degenerative Veränderungen (Verschleiß, Arthrose)
- Rheumatische Erkrankung
- Gelenkfehlstellung (angeboren/erworben)
- Beinlängendifferenz: wie viele cm? \_\_\_\_\_
- sonstige \_\_\_\_\_

6. Welche Behandlungen werden/wurden durchgeführt?

- Krankengymnastik von/bis \_\_\_\_\_
- Verband/Schiene/Gips
- Medikamente (Salben, Spritzen, Tabletten)  
welche \_\_\_\_\_  
wie oft  ständig  bei Bedarf  
Zeitraum \_\_\_\_\_
- Einlagenverordnung
- Kuraufenthalte
- Operationen  
wann \_\_\_\_\_  
welche \_\_\_\_\_
- sonstige \_\_\_\_\_

7. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre verschreibungspflichtige Medikamente ein? Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre rezeptfreie Medikamente länger als 1 Woche ununterbrochen ein?

- ja, welche \_\_\_\_\_  
Zeitraum \_\_\_\_\_
- nein

8. Sind weitere Untersuchungen und/oder Behandlungen geplant?

(auch anstehende Metallentfernung)

- ja, Angaben zu Art, Umfang und Zeitpunkt  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- nein

9. Ist die Fraktur/Verletzung folgenlos ausgeheilt?

(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, Arthrodeese
- Belastungsschmerz
- Knorpelschaden
- Gelenkschwellung/Gelenkentzündung
- Bewegungseinschränkung
- Schmerzen auch in Ruhe
- sonstige \_\_\_\_\_

10. 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

11. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

- ja
- nein, Einschränkungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Wurden Sie aufgrund dieser Beschwerden innerhalb der letzten 5 Jahre krankgeschrieben?

- ja, wann und wie lange \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- nein

## FRAGEBOGEN Gelenke

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_

Versicherte Person \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**14. 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.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15. 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.**

**FRAGEBOGEN Gelenke**

**Versicherung Nr.** \_\_\_\_\_

**Versicherte Person** \_\_\_\_\_

**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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer

Bei Firmen ist der Firmenstempel zwingend erforderlich  
(ersatzweise die vollständige Bezeichnung der Firma)  
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte Person

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter