



Zusatzklärung Gelenkerkrankungen

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Beruf: _____
Erläuterungen	<p>Bitte denken Sie daran: Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen häufig weitere Arztrückfragen und führen somit zu einer schnelleren Annahmeentscheidung! Sollten Sie sich bei der Beantwortung einer medizinischen Frage nicht sicher sein, so können Sie jederzeit Ihren Hausarzt dazu befragen!</p> <p>Im Rahmen der Antragsprüfung halten wir die Beantwortung ausführlicherer Fragen zu diesem speziellen Bereich für erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie uns alle Fragen vollständig und möglichst detailliert beantworten. Alle Ihnen bekannten Gefahrumstände (medizinisch, beruflich oder aus dem Freizeitbereich) sind anzugeben, auch wenn Sie diesen keine oder nur geringe Bedeutung für unsere Risikobeurteilung beimessen. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes.</p> <p>In vielen Fragenbereichen bieten wir Ihnen zu Ihrer Erleichterung mehrere Antwort-Beispiele für wichtige Angaben an. Bitte denken Sie daran, dass diese Beispiele niemals alle möglichen Erkrankungen/Risiken aus dem jeweiligen Antwortbereich vollständig abbilden können. Sollte die in Ihrem Fall passende Antwort nicht aufgeführt sein, so sind Sie verpflichtet, uns diese unter dem Stichwort „Sonstige(s)“ in eigenen Worten anzugeben.</p>
Art der Erkrankung/ Beschwerden	<p>Wie wurden die Erkrankungen oder Beschwerden der Gelenke vom Arzt bezeichnet?</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Dysplasie <input type="checkbox"/> Sarkoidose</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige (bei Gicht oder Rheuma bitte den entsprechenden Fragebogen ausfüllen) _____</p> <p>Welche Beschwerden sind aufgetreten?</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen <input type="checkbox"/> Versteifungen</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige _____</p> <p>Welche Gelenke sind davon betroffen? _____</p> <p>Die Erkrankung/Beschwerden treten/traten auf</p> <p><input type="checkbox"/> Einmalig von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> Wiederholt Seit wann? _____ (Monat/Jahr) Wann zuletzt? _____ (Monat/Jahr)</p> <p style="padding-left: 40px;">Wie oft im Jahr? _____ mal Wie lange jeweils? _____ Monate _____ Wochen</p> <p><input type="checkbox"/> Andauernd von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p>
Ursachen	<p>Was sind die Ursachen für die Gelenkerkrankungen/Beschwerden?</p> <p><input type="checkbox"/> Blockierungen <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlstellungen <input type="checkbox"/> Fehlhaltungen/-belastungen</p> <p><input type="checkbox"/> Degenerative Veränderungen ("Verschleiß") <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Zerrungen/Verstauchungen <input type="checkbox"/> Gelenküberlastung (z. B. schweres Heben, Sport)</p> <p><input type="checkbox"/> Frakturen <input type="checkbox"/> Ursache nicht bekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige Ursache _____</p> <p>Bestehen daneben weitere Krankheitserscheinungen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? Seit wann? Wie häufig? _____</p> <p>_____</p>
Behandlung	<p>Wie werden/wurden Sie behandelt?</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamentöse Therapie, bitte Medikamentennamen und Dosierung angeben _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Injektionen <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Fango <input type="checkbox"/> Chirotherapie <input type="checkbox"/> Krankengymnastik</p> <p><input type="checkbox"/> Operation/minimalinvasiver Eingriff; Wann? _____ (Monat/Jahr)</p> <p style="padding-left: 20px;">Ergebnis: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Operation/minimalinvasiver Eingriff geplant; Wann? _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Sonstige Behandlung; Welche? _____</p> <p>_____</p>

Zusatzklärung Gelenkerkrankungen

Zu versichernde Person: _____	Antragsnummer: _____ (bitte immer angeben)
Geburtsdatum: _____	Seite 2 von 2

Ärzte	<p>Welche Ärzte haben Sie wegen der Gelenkerkrankung in den letzten 5 Jahren behandelt?</p> <p>_____</p> <p>Welcher Arzt behandelt Sie derzeit?</p> <p>_____</p> <p>War im Zusammenhang mit der Gelenkerkrankung ein Krankenhaus-/Kuraufenthalt erforderlich?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Name und Anschrift der Einrichtung: _____</p> <p>Die Symptome haben sich <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> sind gleich geblieben</p>
--------------	---

Weitere Fragen an die zu versichernde Person	<p>Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der Gelenkerkrankung?</p> <p><input type="checkbox"/> nein, folgenlos ausgeheilt/beschwerdefrei seit _____ (Monat/Jahr)</p> <p><input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p> <p>Waren Sie wegen der Gelenkbeschwerden in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen am Stück arbeitsunfähig?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ (Monat/Jahr)</p> <p>Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____</p> <p>Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was ist der Grund dafür? _____</p> <p>Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? _____</p> <p>Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Planen Sie einen solchen Wechsel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.</p> <p><u>Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach!</u></p> <p><u>Bitte immer beantworten:</u></p> <p>Folgen noch weitere Angaben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt _____ Seiten</p> <p><input type="checkbox"/> ja, es folgen noch weitere Angaben</p>
---	--

Unterschrift	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"></div> <div style="width: 45%;"></div> </div>
	<div style="width: 45%;">Ort, Datum</div> <div style="width: 45%;">Unterschrift der zu versichernden Person</div>

Belehrung	<p>Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs AG schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.</p> <p>Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen? Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.</p> <p>Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird? Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.</p>
------------------	--