



Zusatzerklärung K – Knie

Antrags-Nr.: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ergänzende Gesundheitsfragen zu: Erkrankung _____

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (Diagnose)?

- Kreuzbandriss Knorpelschaden
 Meniskusriss Kniegelenksarthrose
 Patellasehnenreizung
 Sonstiges _____

2. Welche Ursache ist Ihnen bekannt?

- Unfall Unfalldatum: _____
 Verschleiß, belastungsbedingt
 Sonstige _____

3. Welches Knie ist betroffen?

- rechts links beide

4. Art der Beschwerden:

- Bewegungseinschränkung
 Instabilität
 Schmerzen
 Sonstige _____

5. Wurden Sie ambulant behandelt?

- Nein
 Ja von: _____ bis: _____

Behandler (Name, Anschrift, Fachrichtung):

Art der Behandlung:

- Medikamente Name des Medikaments _____ Tagesdosis _____
 Hilfsmittelverordnungen Art des Hilfsmittels (z. B. Kunststoffschiene, Kniegelenksorthese) _____

Wird das Hilfsmittel noch benötigt? Nein Ja

Sonstiges _____

Welche Untersuchungen erfolgten?

- Röntgen
 Sonographie
 Kernspintomographie/Computertomographie
 Arthroskopie
 Sonstige _____

Welche Heilmittelanwendungen wurden verordnet?

- Massagen Zeitraum u. Anzahl der Anwendungen _____
 Krankengymnastik Zeitraum u. Anzahl der Anwendungen _____
 Physiotherapie Zeitraum u. Anzahl der Anwendungen _____
 Wärmebehandlung, Zeitraum u. Anzahl der Anwendungen _____
Bestrahlung
 Sonstiges _____

Ist die Behandlung (inkl. Medikamenteneinnahme, Heilmittelanwendung usw.) abgeschlossen?

- Nein Was erfolgt noch bzw. ist noch vorgesehen/angeraten? _____
 Ja _____

6. Bei Meniskusverletzung: Wie wurde die Verletzung behandelt?

- Schienenlagerung und abschwellende Medikamente
 Punktion und Injektionen
 Entfernung des abgerissenen Anteils bzw. des Meniskus
 Annähen/Antackern des Meniskus (Menikoplexie)

Zusatzklärung K – Knie

Antrags-Nr.: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Sonstiges _____

7. Bei Kreuzbandverletzungen: Wie wurde die Verletzung behandelt?

- konservativ (z. B. mit Kunststoffschiene und Krankengymnastik)
- Kreuzbandplastik (z. B. körpereigene Sehne als Ersatz eingesetzt)
- Sonstiges _____

8. Wurden Sie stationär behandelt?

- Nein
- Ja von: _____ bis: _____

9. Wurden Sie operiert (bitte auch ambulante Operationen angeben)?

- Nein
- Ja Datum der Operation: _____
Art der Operation: _____

10. Ist eine stationäre Behandlung angeraten?

- Nein
- Ja Angeraten/vorgesehen zum: _____
Art der Behandlung: _____

11. Ist eine Operation angeraten?

- Nein
- Ja Angeraten/vorgesehen zum: _____
Art der Operation: _____

12. Erfolgte eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung?

- Nein
- Ja Datum der Behandlung: _____
Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung: _____

Ist eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung angeraten/vorgesehen?

- Nein
- Ja Angeraten/vorgesehen zum: _____
Name, Anschrift, Fachrichtung der Einrichtung: _____

13. Ist das Knie wieder voll belastbar?

- Nein Welche Einschränkungen bestehen? _____
- Ja _____

14. Bestehen Folgeschäden?

- Nein beschwerdefrei seit: _____
- Ja Welche?
 - Knorpelschaden
 - Versteifung/Teilversteifung des Kniegelenks
 - Arthrose
 - Sonstiges _____

15. Waren Sie in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig?

- Nein
- Ja von: _____ bis: _____
Erkrankung: _____

Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben meinen Versicherungsschutz gefährden.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift der zu versichernden Personen über 16 Jahre bzw. des gesetzlichen Vertreters _____