



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

