

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

D522222

Selbstauskunft Erkrankungen der FüÙe

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. Welche Erkrankung(en) oder Beschwerden bestehen/bestanden?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Knick-/ Senk-Spreizfuß | <input type="checkbox"/> Plattfuß | <input type="checkbox"/> Klumpfuß |
| <input type="checkbox"/> Spitzfuß | <input type="checkbox"/> Überbein | <input type="checkbox"/> Ganglion |
| <input type="checkbox"/> Hallux valgus | <input type="checkbox"/> Hallux rigidus | <input type="checkbox"/> Hallux varus |
| <input type="checkbox"/> Fersensporn | <input type="checkbox"/> Pilzinfektion | <input type="checkbox"/> Hühneraugen |
| <input type="checkbox"/> Achillodynie | <input type="checkbox"/> Ansatzentzündung der Achillessehne | <input type="checkbox"/> Haglundexostose |
| <input type="checkbox"/> Kleinzehdeformitäten (z. B. Hammerzehen) | | |
| <input type="checkbox"/> Metatarsalgie (Vorfußschmerzen) | | |
| <input type="checkbox"/> Plantarfasziitis (Entzündung Sehnenplatte unter dem Fuß) | | |
| <input type="checkbox"/> Arthrose, wo? _____ | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ | | |

Welcher Fuß ist betroffen? linker Fuß rechter Fuß beide FüÙe

3. Welche Ursachen sind Ihnen für die Erkrankung/ Beschwerden bekannt?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> Übergewicht |
| <input type="checkbox"/> Überlastung | <input type="checkbox"/> degenerative Veränderungen (Verschleiß) |
| <input type="checkbox"/> Unfall/ Verletzung | <input type="checkbox"/> genetische Veranlagung |
| <input type="checkbox"/> falsches Schuhwerk | <input type="checkbox"/> sonstige, welche? _____ |

4. Wie oft bestehen/ bestanden die Beschwerden?

- Einmalig? Wann? _____ (Monat/ Jahr)
- Wiederholt? Wann jeweils? _____ (Monat/ Jahr)
- Wann zuletzt? _____ (Monat/ Jahr)
- Dauerhaft? Seit wann? _____ (Monat/ Jahr)

5. Wie werden/ wurden die Beschwerden behandelt?

Hinweis: Wurde ein MRT, CT oder eine OP durchgeführt, reichen Sie vorhandene Befund- und OP-Berichte ein.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine Behandlung | <input type="checkbox"/> Einlagen | <input type="checkbox"/> Chirotherapie |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Kälte, Bestrahlung | <input type="checkbox"/> Akupunktur |
| <input type="checkbox"/> Injektionen, Neuraltherapie | <input type="checkbox"/> orthopädisches Schuhwerk | |
| <input type="checkbox"/> Alternativmedizin, was? _____ | | |

Behandlung abgeschlossen? ja nein

- Operation durchgeführt: Welche? _____
 Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Name/ Anschrift des Krankenhauses: _____
- Operation angedacht bzw. geplant, für wann? _____ (Monat/ Jahr)
- Kur-/ Rehaaufenthalt: Wann? _____ (Monat/ Jahr)
- Medikament(e), Präparatename(n): _____
 Akutbehandlung Dauertherapie
- Sonstige, welche? _____
 Wann? _____ (Monat/ Jahr)

D522222

6. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten sind/ waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen den Erkrankung(en) in Behandlung?

- Hausarzt Orthopäde Chirurg Osteopath Chiropraktiker sonstige: _____
 Name, vollständige Anschrift: _____

7. Waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen der genannten Erkrankung(en) bzw. Beschwerden arbeitsunfähig (krankgeschrieben)?

- nein ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten (jeweils): _____ (Datum/ Zeitraum)
 _____ (Datum/ Zeitraum)

Diese Selbstauskunft ist Bestandteil des Versicherungsantrages. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach §19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.

 Ort, Datum

 Unterschrift der zu versichernden Person über 16 Jahre
 (gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen)