



<p>2.3. Welche Ursachen sind Ihnen für Ihre Gelenkerkrankung / -beschwerden bekannt?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Blockierung   <input type="checkbox"/> Degenerative Veränderung ("Verschleiß")   <input type="checkbox"/> Fehlhaltung, Fehlbelastung  <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlstellung   <input type="checkbox"/> Hüftgelenkveränderung  <input type="checkbox"/> Zerrung, Verstauchung  <input type="checkbox"/> Fraktur, sonstiger Unfall   <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen  <input type="checkbox"/> Gelenküberlastung (z.B. schweres Heben, Sport)  <input type="checkbox"/> Ursache nicht bekannt   <input type="checkbox"/> Sonstige Ursache, welche?  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </p>
<p>2.4. Wurde im Zusammenhang mit Ihrer Gelenkerkrankung ein Krankenhaus- oder Kuraufenthalt erforderlich?</p>	<p> <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja                  wenn <b>ja</b>, wann und Name / Anschrift des Krankenhauses / Kuranstalt  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </p>
<p>2.5. Wurde eine Röntgenuntersuchung, eine Computertomographie (CT), eine Magnetresonanztomographie, (MRT) oder eine Arthroskopie (Gelenkspiegelung) durchgeführt?</p>	<p> <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja                  wenn <b>ja</b>, bitte hierzu nähere Angaben: Wann? Ergebnis?  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </p>
<p>2.6. Wie wurden oder werden Sie behandelt?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Medikamente, Injektionen   <input type="checkbox"/> Krankengymnastik  <input type="checkbox"/> Arthroskopie (Gelenkspiegelung)   <input type="checkbox"/> Chirotherapie  <input type="checkbox"/> Bestrahlung / Fango   <input type="checkbox"/> Operation - wann?  <input type="checkbox"/> sonstige Behandlung - welche?  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </p>
<p>2.7. Von wem (Arzt / Krankenhaus) und wann wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?</p>	<p>                 Bitte nennen Sie: Name / Anschrift, Zeitpunkt / Zeitraum, Untersuchung / Behandlung:  <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </p>
<p>2.8. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der Gelenkerkrankung?</p>	<p> <input type="checkbox"/> nein, keine Folgen / Beschwerden seit <input style="width: 50px;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> ja, Art der Folgen / Beschwerden  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </p>
<p>2.9. Waren Sie aufgrund der Gelenkerkrankung / -beschwerden in den letzten 5 Jahren länger als 5 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig?</p>	<p> <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja, bitte Arbeitsunfähigkeitszeiten angeben:  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </p>

<p>2.10. Bestehen bei Ihnen Beschwerden oder Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Beantragung oder Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (MdE / GdB)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn <b>ja</b>, <input type="text"/> % GdB / <input type="text"/> % MdE, Grund: <input type="text"/></p>
<p>2.11. Ist Ihnen in Verbindung mit der / den Gelenkerkrankung / -beschwerden ein Berufs-oder Tätigkeitswechsel angeraten worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, angeratener Berufs- / Tätigkeitsbereich: <input type="text"/></p>
<p><b>3. Sonstige Hinweise und Erläuterungen</b></p>	<p><input type="text"/></p>
<p><b>Einverständniserklärung zur Datenweitergabe</b></p>	<p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
<p><b>Interne Notizen</b></p>	<p><input type="text"/></p>
<p>Mitarbeiter: <input type="text"/> Datum : <input type="text"/> Uhrzeit: von <input type="text"/> bis <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
<p>Rev001 vom 28.07.2017</p>	<p><input type="text"/></p>