



Selbstauskunft Wirbelsäule/Rückenbeschwerden

Name, Vorname				Geburtsdatum	
		<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Divers	
Straße und Hausnummer			Postleitzahl und Ort		
Behandelt wegen					

1. Wie lautet die ärztliche Diagnose?	<input type="checkbox"/> Muskelverspannungen <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorwölbung <input type="checkbox"/> Erkrankung der Wirbelgelenke <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	<input type="checkbox"/> Osteochondrose <input type="checkbox"/> Abnutzung <input type="checkbox"/> Wirbelgleiten <input type="checkbox"/> Skoliose
2. Welche Ursachen sind bekannt?	<input type="checkbox"/> Überanspruchung (z.B. durch Sport, Stehen, langes Sitzen) <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverletzung (z.B. durch Unfall, Heben, Drehung)
3. In welchen Bereichen treten/traten die Beschwerden auf?	<input type="checkbox"/> Nacken <input type="checkbox"/> Lenden <input type="checkbox"/> Brust	
4. Strahlen die Beschwerden aus?	<input type="checkbox"/> keine Ausstrahlung	<input type="checkbox"/> mit Ausstrahlung auf: <input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/> Brust <input type="checkbox"/> Gesäß
5. Wann traten die Beschwerden erstmals auf und wie oft?	erstmalig <input type="checkbox"/> einmalig am <input type="checkbox"/> wiederholt, und zwar	
6. Über welche Zeiträume bestanden innerhalb der letzten 3 Jahre Beschwerden?	von bis von bis von bis	
7. Wann und wie lange wurden Sie behandelt?		
8. Von wem bzw. wo wurde die Untersuchungen/Behandlungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Heilpraktiker	<input type="checkbox"/> Krankenhaus (Bitte Entlassungsbericht beifügen) <input type="checkbox"/> Kurklinik/Sanatorium (Bitte Entlassungsbericht beifügen) <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar
9. Name und Anschrift der unter Nr. 8 angegebenen Ärzte, Krankenhäuser usw.		
10. Liegen Ihnen Ergebnisse bildgebender Verfahren vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> Sonstige und zwar
11. Welche Maßnahmen wurden vom behandelnden Arzt angeordnet bzw. vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Stützapparat <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Medikamente, und zwar <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	<input type="checkbox"/> Spritzen <input type="checkbox"/> Packungen <input type="checkbox"/> Bäder <input type="checkbox"/> Massagen
12. Besteht	Beschwerdefreiheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	
	Behandlungsfreiheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	
13. Bestehen Bewegungseinschränkungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)