



Selbstauskunft Knie-/Sprunggelenksverletzung

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

Behandelt wegen

1. Wie lautet die ärztliche Diagnose ?	Verletzung des/der <input type="checkbox"/> Kreuzbandes <input type="checkbox"/> Anriss <input type="checkbox"/> Abriss <input type="checkbox"/> Bandes <input type="checkbox"/> Anriss <input type="checkbox"/> Abriss <input type="checkbox"/> Sehne <input type="checkbox"/> Anriss <input type="checkbox"/> Abriss <input type="checkbox"/> Meniskus <input type="checkbox"/> Anriss <input type="checkbox"/> Abriss <input type="checkbox"/> Abnutzungserscheinung <input type="checkbox"/> Bruch <input type="checkbox"/> Weichteilverletzung <input type="checkbox"/> Muskelverletzung <input type="checkbox"/> Knorpelschaden, Grad <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar
2. Welche Körperteile sind betroffen?	Sprunggelenk <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar Kniegelenk <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
3. Worauf ist die Erkrankung zurückzuführen ?	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Verschleiß <input type="checkbox"/> Angeborener Fehler <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar
4. Wann traten die Beschwerden das erste Mal auf?	
5. Von wem und wo wurde die Untersuchung bzw. die Behandlung durchgeführt ? (Mehrfachantwort möglich)	<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus (Entlassungsbericht bitte beilegen) <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Kurklinik/Sanatorium (Entlassungsbericht bitte beilegen) <input type="checkbox"/> Heilpraktiker <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar
6. Liegen Ihnen Ergebnisse bildgebender Verfahren vor ? (Befundbericht bitte einreichen, Mehrfachantwort möglich)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Röntgen <input type="checkbox"/> ja, MRT <input type="checkbox"/> ja, CT <input type="checkbox"/> ja, sonstige, und zwar
7. Welche Behandlungen fanden in den letzten 3 Jahren statt ?	<input type="checkbox"/> Verbände <input type="checkbox"/> Packungen <input type="checkbox"/> Wärmebehandlung <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Spritzen <input type="checkbox"/> Operationen (Operationsbericht einreichen) <input type="checkbox"/> Bäder <input type="checkbox"/> Gips <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar
8. Besteht eine Kreuzbandplastik ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit
9. Ist die Bewegungsfähig- und die Belastbarkeit wiederhergestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10. Besteht a) Beschwerdefreiheit ? b) Behandlungsfreiheit ?	<input type="checkbox"/> nein, es bestehen Folgebeschwerden, und zwar <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit

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