



# Selbstauskunft Knochenbruch

Name, Vorname		<input type="checkbox"/> Herr		<input type="checkbox"/> Frau		<input type="checkbox"/> Divers		Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer				Postleitzahl und Ort					
Behandelt wegen									
1. Um welche(n) Knochen handelt es sich?									
2. Wann war der Bruch ?									
3 Wurde der Bruch mit Material versorgt ?									
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am									
<input type="checkbox"/> Nagel <input type="checkbox"/> Draht <input type="checkbox"/> Platte									
<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar									
4. Wenn Frage 3 mit "ja" beantwortet wurde: Wurde das Fremdmaterial bereits wieder entfernt ?									
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am									
5. Wenn Frage 3 mit "ja" beantwortet wurde: ist eine Fremdmaterialentfernung vorgesehen ?									
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am									
6. Bestehen derzeit noch Beschwerden ?									
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar									
7. Wurden physiotherapeutische Maßnahmen durchgeführt ?									
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Krankengymnastik									
<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar									
8. Ist die physiotherapeutische Maßnahme abgeschlossen ?									
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit									
9. Ist die Beweglichkeit wieder vollständig gegeben ?									
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit									
10. Werden noch Kontrolluntersuchungen durchgeführt ?									
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja									
11. seit wann besteht									
a) Behandlungsfreiheit									
b) Beschwerdefreiheit									
12. Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern wurden Sie behandelt ? (Bitte Namen und Anschrift angeben)									
Ort, Datum		Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)							