



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"/> Wirbelsäulenverletzung (z.B. durch Unfall, Heben, Drehung)
	<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	

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?	erstmals am	<input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> wiederholt, und zwar
--	-------------	--

6. Über welche Zeiträume bestanden innerhalb der letzten 3 Jahre Beschwerden?	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
---------------------------------	--

12. Besteht 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)
------------	---

--	--