

## Zusatzfragebogen

als Ergänzung zum Antrag/ zur Anmeldung bzw. zur Angebotsanforderung vom: \_\_\_\_\_  
(ersetzt nicht die Beantwortung der Gesundheitsfragen im Antrag/ in der Anmeldung  
bzw. in der Angebotsanforderung)

## Krampfadern/ Venenerkrankungen

**Falsche oder unvollständige Angaben können uns berechtigen, - je nach Verschulden - vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - führen kann. Bitte beachten Sie hierzu auch den „Hinweis auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag.**

**Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu! Sie müssen uns jedoch bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.**

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?  
(z.B. Krampfadern, Besenreiservarizen, Thrombophlebitis)

---

Wo tritt die Erkrankung auf (bitte genaue Körperregion angeben)?  
(z.B. linkes Bein, gesamtes Bein, Unterschenkel beidseits, Hoden, Speiseröhre)

---

Seit wann leiden Sie an Krampfadern bzw. Venenerkrankungen?

---

Tragen Sie Kompressionsstrümpfe oder Bandagen?

ja  nein

Welche Behandlungen/Untersuchungen wurden bzw. werden durchgeführt?

medikamentöse Therapie, Name? - Dosierung? von - bis? \_\_\_\_\_

Venenstripping von - bis? \_\_\_\_\_

Verödung von - bis? \_\_\_\_\_

Kompressionsstrümpfe von - bis? \_\_\_\_\_

Operation von - bis? \_\_\_\_\_

Haben Sie heute noch Beschwerden?

ja  nein

Wenn „ja“, welche?

Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Thrombosen

chronisch venöse Insuffizienz

Embolien

Geschwürbildung (Ulkus cruris)

Venenentzündungen (Phlebitis)

Wenn „ja“, wann?

Wann waren Sie zuletzt in Behandlung?

Sind weitere diagnostische und/oder  
therapeutische Maßnahmen notwendig,  
angeraten oder beabsichtigt?

ja  nein

Wenn „ja“, welche?

Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?

ja  nein

Wenn „ja“, seit wann?

---

Wenn „nein“, welche Beschwerden bestehen?

---

Welcher Arzt kann Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben.)

---

---

Zusätzliche Bemerkungen vom Antragsteller/ Anmeldenden bzw. Interessenten:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Hinweis:** Bitte überlassen Sie uns für kurze Zeit (möglichst in Kopie) die Ihnen vorliegenden Entlassungs- und Untersuchungs- sowie Behandlungs- und Befundberichte.

**Erklärung**

Die gemachten Angaben zu den Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich alleinverantwortlich, auch wenn ich die Erklärung nicht selbst ausgefüllt habe. Die Hinweise auf die „Folgen einer Anzeigepflichtverletzung“ im Antrag habe ich beachtet.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten