

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)

Zuname

Versicherungsnummer

Vorname

Geburtsdatum

Krampfadern/ Venenerkrankungen

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

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?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thrombosen | <input type="checkbox"/> chronisch venöse Insuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Embolien | <input type="checkbox"/> Geschwürbildung (Ulkus cruris) |
| <input type="checkbox"/> Venenentzündungen (Phlebitis) | |

Wenn »ja«, wann?

Wann waren Sie zuletzt in Behandlung? ja nein

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. Ich weiß, dass ich bei Verletzung dieser Pflichten meinen Versicherungsschutz gefährde bzw. kein annahmefähiges Angebot erstellt werden kann.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ Anmeldenden bzw. Interessenten