

Fragebogen Venenerkrankungen

Zur Versicherung

Versicherungs-Nr. / Partner-Nr.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Bitte geben Sie sämtliche Umstände an, auch wenn Sie ihnen nur geringfügige Bedeutung beimessen. Wenn Sie die Fragen nicht wahrheitsgemäß und vollständig schriftlich beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Benötigen Sie Unterstützung? Wir sind gerne für Sie da: von Montag bis Freitag, 8:00 Uhr – 18:00 Uhr unter unserer Servicenummer 0621/427-4000.

| FRAGEN | ANTWORTEN |
|---|--|
| 1. Wie lautet die genaue Diagnose? | <input type="checkbox"/> Krampfadern <input type="checkbox"/> Venenentzündung <input type="checkbox"/> Besenreiser <input type="checkbox"/> Veneninsuffizienz <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/> |
| Seit wann besteht/bestand die Erkrankung? | <input type="text"/> |
| 2. Konnte die Ursache für die Erkrankung abgeklärt werden? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Besteht eine Blutgerinnungsstörung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 3. Welche Beschwerden treten/traten auf? | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. Ist eine Embolie, ein Geschwür (offenes Bein) oder ein Ödem aufgetreten? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 5. Welche Behandlungen wurden durchgeführt? | <input type="checkbox"/> Krampfaderentfernung <input type="checkbox"/> Verödung <input type="checkbox"/> Lasertherapie <input type="checkbox"/> Gummi-, Stütz- oder Kompressionsstrümpfe <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/> |
| 6. Welche Medikamente nahmen/nehmen Sie ein? Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung, die Dosis und die Einnahmezeiträume an. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7. Wann war die letzte Kontrolluntersuchung? Wie lautet das Ergebnis? Welche Behandlungen sind noch erforderlich? | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

FRAGEN**ANTWORTEN**

8. Besteht Beschwerdefreiheit?

 nein ja, seit

Besteht Behandlungsfreiheit?

 nein ja, seit

9. Wie lange und wann bestand Arbeitsunfähigkeit?

10. Rauchen Sie?

 nein ja

Wenn ja, wie viel pro Tag?

Bei ehemaligen Rauchern: Wann haben Sie das Rauchen aufgegeben?

11. Bitte geben Sie Größe, Gewicht und Bauchumfang (gemessen an der breitesten Stelle) an.

12. zusätzliche Anmerkungen/weitere Infos/Sonstiges:

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit vorstehender Angaben. Über die hier schriftlich festgehaltenen Antworten hinaus habe ich gegenüber dem Vermittler keine weiteren mündlichen oder schriftlichen Angaben gemacht.

Unterschrift der zu versichernden Person o. des gesetzl. Vertreters

Ort

Datum



* 3 5 0 0 0 *