

Krampfadern / Varikosis

Versicherungs-Nr.:		
Antragsteller zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	Name, Vorname	
1. Wann sind die Krampfadern erstmals aufgetreten?		
2. Wann sind deswegen erstmals Beschwerden aufgetreten?		
3. Welche Beschwerden / Symptome bestehen / bestanden in Bezug auf die Krampfadern? Wann?		
4. Schwellungen an den Beinen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bestehen / <input type="checkbox"/> bestanden <input type="checkbox"/> nein
5. Geschwüre / offene Stellen an den Beinen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bestehen / <input type="checkbox"/> bestanden <input type="checkbox"/> nein
6. Über welchen Zeitraum sind die Beschwerden / Symptome aufgetreten?		
7. Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei?	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/> nein
(Wenn nein, welche Folgen / Beschwerden bestehen noch?)		
8. Bestehen heute noch Krampfadern? Wo? Stärke (Besenreiser, Federkiel - Fingerdick, ..)?		
9. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann? Dauer?		
10. Von wem (Arzt / Krankenhaus / Kurklinik) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?		
Name / Anschrift	Zeitpunkt / Zeitraum	Untersuchungen / Behandlungen

11. Nehmen oder nahmen Sie deswegen Medikamente / Stützstümpfe, ...? (Wenn ja, bitte nähere Angaben)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12. Ist eine Phlebographie (Röntgenkontrastdarstellung), Ultraschalluntersuchung (Doppler-Sonographie) o.ä. durchgeführt worden? Wenn ja, Art der Untersuchung? Wann? Durch wen? Ggf. Ergebnis?		
13. Ist eine operative Behandlung <u>erfolgt</u> ? Art der Operation? Wann? Durch wen? Ggf. Ergebnis?		
14. Wenn ja, sind Sie seit der Operation rezidiv- und beschwerdefrei?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15. Ist eine operative Behandlung geplant? Welche? Wann?		
16. Ist ein Elektrokardiogramm (EKG) aufgenommen worden? Wann? Durch wen? Ggf. Ergebnis?		
17. Rauchen Sie Zigaretten?	<input type="checkbox"/> ja Stück / Tag	<input type="checkbox"/> nein
18. Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz eine Erwerbsminderung? Wieviel Prozent?	<input type="checkbox"/> ja %	<input type="checkbox"/> nein
19. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente? (Wenn ja, bitte nähere Angaben)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20. Haben Sie aufgrund der Varikosis einen Berufswechsel vorgenommen oder beabsichtigen Sie dieses? (Wenn ja, bitte nähere Angaben)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
21. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben? (Wenn nein, welche Einschränkungen bestehen?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
22. Üben Sie eine körperliche oder stehende Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
23. Zusätzliche Angaben:		
Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.		
_____ Datum	_____ Unterschrift der zu versichernden Person	_____ Unterschrift des Antragstellers