

Fragebogen Krampfadern / Varikosis



Zusatzerklärung zum Antrag vom	
Antragsteller	
Zu versichernde Person (wenn nicht Antragsteller)	

Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitlichen Gegebenheiten

1. Die genaue Diagnose bzw. die genaue Bezeichnung Ihrer Krankheit und der abgerechnete ICD-Code	
2. Sind Sie diesbezüglich in den letzten 5 Jahren bei einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut) untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden? Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
3. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha-, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes? Entlassungsbericht bitte beifügen!	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
4. Waren Sie in in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) oder wurde Ihnen ein Klinikaufenthalt in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen? Wenn ja, wann zuletzt? Weshalb? Name/Anschrift des Arztes?Entlassungsbericht bitte beifügen!	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
5. Wann sind die Beschwerden erstmalig aufgetreten und wann zuletzt?	von _____ bis _____ zuletzt _____
6. Wurden Ihnen diesbezüglich Medikamente oder Hilfsmittel verschrieben oder verabreicht? Wenn ja, über welchen Zeitraum? Welche?	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein
Wurden diese Ihnen verschrieben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dosierung: _____
7. Wurde eine Ursache festgestellt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Wie oft und in welchem Zeitraum kommt es zu Beschwerden?	

Fragebogen Krampfadern / Varikosis



20. Bestehen oder bestanden Schwellungen an den Beinen	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> bestehen <input type="checkbox"/> bestanden
21. Bestehen oder bestanden Geschwüre/ offene Stellen an den Beinen?	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> bestehen <input type="checkbox"/> bestanden
22. Bestehen heute noch Krampfadern? Wenn ja, Wo? Stärke (Besenreiser, Federkiel - Fingerdick, ..)?	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
23. Ist eine Phlebographie (Röntgenkontrastdarstellung), Ultraschalluntersuchung (Doppler-Sonographie) o.ä. durchgeführt worden? Wenn ja, Art der Untersuchung? wann? Durch wen? Ggf. Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
24. Ist ein Elektrokardiogramm (EKG) aufgenommen worden? Wann? Durch wen? Ggf. Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein
25. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Wenn nein, welche Folgen/ Beschwerden bestehen noch?	<input type="checkbox"/> ja, seit..... <input type="checkbox"/> nein
26. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, warum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
27. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in den letzten 5 Jahren arbeitsunfähig gewesen? Wenn ja, wann, Dauer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von.....bis.....

Bitte fügen Sie Ihnen eventuell vorliegende Kopien von Arzt- / Krankenhaus- / Befundberichten bei.

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? **(Bitte immer beantworten)**

zusätzliche Angaben sind beigefügt
 Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Falls ärztliche Unterlagen vorliegen bitte diese ebenfalls beifügen!

Hiermit versichere ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Diese Angaben sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

_____ Datum
 _____ Unterschrift der zu versichernden Person
 _____ Unterschrift des Antragstellers