

Fragebogen Venenerkrankung/ Thrombose



| | |
|----------------------------------------------------------|--|
| Zusaterklärung 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/ Symptome 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. Besteht eine Sturz-, Schwindel-, und/oder Fallneigung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Fragebogen Venenerkrankung/ Thrombose



| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 9. Wurden/ werden spezielle Untersuchungen durchgeführt? Wenn ja, welche? Wie war das Ergebnis? | <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Wie äußert sich die Erkrankung? (z.B. Krampfadern, Schwellungen) | |
| 11. Ist der Schweregrad bzw. die Ausdehnung der Veränderungen bekannt? Wenn ja, bitte genauere Angaben | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Werden/ wurden weitere Behandlungen durchgeführt oder sind geplant? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Sind Sie derzeit völlig beschwerdefrei? Seit wann? | <input type="checkbox"/> ja, seit..... <input type="checkbox"/> nein |
| 14. Können Sie Ihren Beruf und/oder Ihre Tätigkeit uneingeschränkt ausüben? Wenn nein, warum? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 15. 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