
ZUSATZERKLÄRUNG ZUM KRANKENVERSICHERUNGSANTRAG

Antrag vom:

Anschrift:

Name/Vorname des Antragstellers:

Person:

Vers.-Nr.:

Krampfadern, Hämorrhoiden, sonstige Venenerkrankungen

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

6. Wie wurde behandelt?

2. Welche Beschwerden/Symptome bestanden bzw. bestehen?

7. Bestehen jetzt noch Beschwerden?

- nein - Seit wann nicht mehr?
 - Welche?

3. Bei Krampfadern: - Wo bestehen sie?

8. Welche Behandlungen sind geplant oder erforderlich?

4. Bei Hämorrhoiden:
In welcher Ausprägung (1., 2., 3., 4. Grades)?

9. Welcher Arzt kann Auskunft geben?

5. Von wann bis wann und wie oft wurde behandelt?

**Hat sich der Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en) seit der Antragstellung geändert?
Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an.**

Ort/Datum

Unterschrift