

## Selbstauskunft für Hämorrhoiden

Anfrage vom: \_\_\_\_\_

Name der Person: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

1. Seid wann leiden Sie an Hämorrhoiden?

\_\_\_\_\_

2. Bestehen bzw. bestanden innere oder äußere Hämorrhoiden?

\_\_\_\_\_

3. Von wann bis wann waren Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?

3.1. Name und Anschrift des Arztes:

\_\_\_\_\_

4. Erfolgte eine operative Behandlung?

\_\_ ja \_\_ nein

4.1. Wenn ja: Wann?

4.2. Wo?

5. Wurde durch die Operation völlige Heilung erzielt?

ja  nein

---

6. Haben Sie jetzt noch Hämorrhoidalbeschwerden?

ja  nein

---

7. Waren oder sind Sie zeitlich begrenzt arbeits- oder  
berufsunfähig?

ja  nein

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsge-  
treu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Be-  
standteil meines Vertrages. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den  
Versicherungsschutz gefährden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der zu versichernden Person  
bzw. deren gesetzlichen Vertreter