

## Zusätzliche Erklärung über Krampfadern

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Welches Bein ist betroffen?  rechts  links  beide

Wie sind die Krampfadern ausgeprägt?  leicht  mittel  schwer

Wurden die Krampfadern operiert?  nein  ja  
Wenn ja, welche Seite?  rechts  links  beide

Ist ein Geschwür (offenes Bein) aufgetreten?  nein  ja  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Sind Thrombosen oder Embolien aufgetreten?  nein  ja  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente sind erforderlich? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war die letzte Behandlung? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen  
- werden jetzt durchgeführt? \_\_\_\_\_  
- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? \_\_\_\_\_

**Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16. Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter