

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.: _____

Zu versichernde Person: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zu Venenerkrankungen

1. Welche Körperteile oder Organe sind von der Krampfaderbildung betroffen?

Unterschenkel nein ja Falls ja, seit wann? _____

Oberschenkel nein ja Falls ja, seit wann? _____

andere Stellen nein ja Falls ja, seit wann? _____

Welche anderen Körperstellen? _____

2. Sind Beschwerden aufgetreten?

nein ja

Falls ja, wann welche? _____

In welchen Abständen? _____

Wann zuletzt? _____

3. Haben Sie aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (**Bitte alle Behandler der letzten 5 Jahre angeben und, falls außerhalb dieses Zeitraums, auch den ersten Behandler. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler**)

nein ja

Falls ja,

1) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

erstmals aufgesucht am:

zuletzt aufgesucht am:

2) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

erstmals aufgesucht am:

zuletzt aufgesucht am:

4. Wurde eine Ultraschalluntersuchung (Sonographie, Doppleruntersuchung) oder Röntgenuntersuchung (Phlebographie) durchgeführt? **Bitte Befunde beifügen!**

nein ja

Falls ja, welche Untersuchung und wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

5. Wie bezeichnete der Arzt / der Therapeut das Leiden?

Besenreiservarizen

Krampfadern / Varizen

Venenentzündung / Phlebitis

Postthrombotisches Syndrom

andere Bezeichnung –Welche? _____

6. Sind aufgrund der Erkrankung Komplikationen eingetreten (z.B. Venenentzündungen, Krampfadergeschwüre (offenes Bein), Thrombosen, Embolien)?

nein ja

Falls ja, welche?

Wann? _____

7. Ist eine Operation durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen**

nein ja

Falls ja, welche und wann?

Wo? Name und Anschrift der Ärzte / des Krankenhauses:

8. Waren aufgrund der Erkrankung / der Beschwerden Behandlungen in einem Krankenhaus /stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig?
Befunde bitte beifügen!

nein ja

Falls ja, welche und wann?

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

9. Wie wird oder wurde die Erkrankung behandelt?

keine Behandlung

Medikamente

Medikamentenname: _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

Medikamentenname: _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

Medikamentenname: _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

Verödung der Venen

Wann? |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

Erfolgreich? nein ja

Stützstrümpfe

Kompressionsklasse: _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

andere Therapien

welche? _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

wie oft wöchentlich? _____

10. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Schmerzen, Schwellungsneigung, Geschwüre)?

nein ja

Falls ja, welche?

11. Wie viele Stunden pro Tag stehen oder gehen Sie durchschnittlich? _____

12. Haben die Beschwerden / Funktionseinschränkungen zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?

nein ja

Falls ja, zu welchen?

13. Waren Sie deswegen arbeitsunfähig?

nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

14. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?

nein ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

15. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung / die Beschwerden informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

