

Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## Selbstauskunft Venenerkrankungen

für \_\_\_\_\_

Sofern der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht, benutzen Sie bitte ein gesondertes Blatt.

<b>1. Wie wurde die Erkrankung vom Behandler bezeichnet?</b> _____ _____	Ggf. Erläuterungen zu Ziffer 8: _____ _____
<b>2. Welcher Art waren die Beschwerden?</b> _____ _____	<b>9. Wurde eine Krankenhaus- oder Kurbehandlung durchgeführt, angeraten oder ist eine geplant?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte nähere Erläuterungen)
<b>3. Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?</b> _____ _____	<b>10. Welche Medikamente wurden verordnet?</b> _____ _____
<b>4. Treten die Beschwerden wiederkehrend auf?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie oft	<b>11. Über welchen Zeitraum und in welcher Dosierung erfolgte die Medikation?</b> _____ _____
<b>5. Bestehen oder bestanden</b> Krampfadern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hämorrhoiden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Geschwüre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Thrombosen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Venenentzündungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schwellungen der Beine <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hautveränderungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>12. Ist weiterhin eine Medikation erforderlich?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
<b>6. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?</b> _____ _____	<b>13. Sind Sie jetzt beschwerdefrei?</b> <input type="checkbox"/> ja, seit: <input type="checkbox"/> nein, es bestehen noch folgende Beschwerden:
<b>7. Wie wurden Sie behandelt?</b> _____ _____	<b>14. Welche weiteren Behandlungen sind geplant oder erforderlich?</b> _____ _____
<b>8. Wurden folgende Maßnahmen durchgeführt, angeraten oder sind diese geplant?</b> Verödungstherapie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Venenstripping <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ultraschall-/Röntgenuntersuchung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kompressionsstrümpfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>15. Welcher Arzt kann hierzu Auskunft geben?</b> _____ _____

Ich bestätige, dass ich die in dieser Erklärung gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantwortet habe. Über die oben niedergeschriebenen Angaben hinaus habe ich dem Makler/Vermittler keine weiteren Auskünfte zum Gesundheitszustand erteilt. Mir ist bekannt, dass unvollständige bzw. falsche Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschriften des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person bzw. deren gesetzlicher Vertreter