

## Zusätzliche Erklärung über Krampfadern

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

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

Wurden die Krampfadern operiert?  nein  ja  
Wenn ja, welches Bein  rechts  links  beide

Bestehen noch Krampfadern?  ja  nein  
Wenn ja, wie stark sind diese ausgeprägt?  leicht (Besenreiser)  mittel  schwer

Welches Bein ist betroffen?  rechts  links  beide

Ist ein Geschwür (offenes Bein) aufgetreten?  nein  ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Sind Thrombosen oder Embolien aufgetreten?  nein  ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

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

Wann? \_\_\_\_\_

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

Sind Sie behandlungs- und beschwerdefrei?  nein  ja

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

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