Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

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