

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