



Krampfadern/Venen - Z 16

Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

HanseMerkur Lebensversicherung AG
Abt. B - Risikoprüfung
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
AD-Nr.:

1. Seit wann bestehen bei Ihnen Venenerkrankungen der Beine bzw. Krampfadern? seit: \_\_\_\_\_

2. Wie lautet die genaue Bezeichnung Ihrer Venenerkrankung?

- checkbox Krampfadern/Varizen
checkbox Venenentzündung/Phlebitis
checkbox Postthrombotisches Syndrom
checkbox Sonstige - Welche? \_\_\_\_\_

3. Bitte machen Sie nähere Angaben zur Lokalisation und zur Ausprägung der Krampfadern

- checkbox Unterschenkel
checkbox geringgradig
checkbox mittelgradig
checkbox hochgradig
checkbox Oberschenkel
checkbox geringgradig
checkbox mittelgradig
checkbox hochgradig

4. Welche Beschwerden / Symptome bestehen / bestanden in Bezug auf die Venenerkrankung?

5. Sind als Komplikation Venenentzündungen, Krampfadergeschwüre ("offenes Bein"), Thrombosen, Embolien aufgetreten?
checkbox ja - welche Erkrankung \_\_\_\_\_
checkbox nein

6. Bestehen noch Folgen oder Beschwerden seitens der genannten Erkrankung(en)?

- checkbox Nein, keine Folgen/Beschwerden seit: \_\_\_\_\_
checkbox Ja, Art der Folgen/Beschwerden: \_\_\_\_\_

7. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden / Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann?
checkbox nein
checkbox Ja, einmal von: \_\_\_\_\_ bis : \_\_\_\_\_
checkbox Ja, mehrmals

8. Von wem (Arzt / Krankenhaus / Kurklinik) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt?

Table with 3 columns: Name / Anschrift, Zeitpunkt / Zeitraum, Untersuchungen / Behandlungen

9. Nehmen oder nahmen Sie deswegen Medikamente / Stützstrümpfe, ...? (Wenn ja, bitte nähere Angaben)  ja, welche? \_\_\_\_\_  
 nein
10. Ist eine Phlebographie (Röntgenkontrastdarstellung), Ultraschalluntersuchung (Doppler-Sonographie) o. Ä. durchgeführt worden? Wenn ja, Art der Untersuchung? Wann? Durch wen? Ggf. Ergebnis?  nein  
 ja, \_\_\_\_\_
11. Ist ein Elektrokardiogramm (EKG) aufgenommen worden? Wann? Durch wen? Ggf. Ergebnis?  nein  
 ja, \_\_\_\_\_
12. Wurden Operationen durchgeführt bzw. ist eine Operation geplant?  nein  
 Ja- OP durchgeführt, am \_\_\_\_\_  
- OP geplant , am \_\_\_\_\_
13. Falls bereits eine OP erfolgte, sind Sie seit der Operation rückfall- und beschwerdefrei?  ja  
 nein
14. Rauchen Sie?  nein  
 ja \_\_\_\_\_ Stück / Tag
15. Besteht oder bestand eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. ein Grad der Behinderung oder haben Sie einen solchen Antrag gestellt?  nein  
 ja \_\_\_\_\_ % GdB/MdE
16. Wurde Ihnen in Verbindung mit der Erkrankung bzw. Ihren Beschwerden ein Berufs- oder Tätigkeitswechsel angeraten?  nein  
 ja - Angeratener Berufs-/Tätigkeitsbereich:  
\_\_\_\_\_
17. Üben Sie eine körperliche oder stehende Tätigkeit aus?  nein  
 ja \_\_\_\_\_
18. Zusätzliche Angaben:  
\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Z 16