

Krampfadern/Venen - Z 16



Versicherungsscheinnr: /
Versicherte Person:
Geburtsdatum:
Berufliche Tätigkeit:

AD-Nr.:

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

2. Wie lautet die genaue Bezeichnung Ihrer Venenerkrankung?

- Krampfadern/Varizen
- Postthrombotisches Syndrom
- Venenentzündung/Phlebitis
- Sonstige - Welche? _____

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

- Unterschenkel**
- Oberschenkel**
- geringgradig
- geringgradig
- mittelgradig
- mittelgradig
- hochgradig
- hochgradig

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

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

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

- Nein, keine Folgen/Beschwerden seit: _____
- Ja, Art der Folgen/Beschwerden: _____

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

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

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