

Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet? (Diagnose)

Seit wann bestehen bzw. bestanden die Hämorrhoiden?

Monat Jahr

Handelt es sich um innere oder äußere Hämorrhoiden?

innere Hämorrhoiden äußere Hämorrhoiden

Wie oft und in welchen Abständen wurden Sie wegen der Hämorrhoiden behandelt?

Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit?

ja nein

Falls ja, seit wann?

Monat Jahr

Welche Behandlungen waren erforderlich?

Operation Verödung

Sonstige Behandlungen

Welche Medikamente werden/wurden in welcher Dosierung eingenommen?

Sind weitere Untersuchungen oder Behandlungen angeraten oder geplant?

ja nein

Welche Untersuchungen oder Behandlungen sind angeraten oder geplant?

Bei welchen Ärzten/Krankenhäusern fanden bisher Behandlungen statt?

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person