

Versicherungsnehmer

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wie wurde die Erkrankung vom Arzt bezeichnet? (Diagnose)

Seit wann bestehen die Krampfadern?

Monat Jahr

Besteht oder bestand eine

Thrombose Thrombophlebitis Krampfadernbruch
 Embolie Krampfadereentzündung Krampfadergeschwür

Falls ja, wann?

Monat Jahr

Litten Sie an

schweren Beinen angeschwollenen Beinen Schmerzen

Wurde eine Operation durchgeführt?

ja nein

Falls ja, wann und welche Operation?

Monat Jahr

Besteht Behandlungs- und Beschwerdefreiheit?

ja nein

Falls ja, seit wann?

Monat Jahr

Sind noch Krampfadern vorhanden, die demnächst entfernt werden müssen?

ja nein

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