

## 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                       Krampfaderverbruch  
 Embolie                               Krampfadereurzündung                       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