



Selbstauskunft Hämorrhoiden

Name, Vorname			Geburtsdatum		
		<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Divers	
Straße und Hausnummer			Postleitzahl und Ort		

Behandelt wegen					
-----------------	--	--	--	--	--

1. Um welche Form der Hämorrhoiden handelt es sich ?	<input type="checkbox"/> innere Hämorrhoiden		<input type="checkbox"/> äußere Hämorrhoiden		
2. Seit wann bestehen bzw. bestanden die Hämorrhoiden?	von	bis	<input type="checkbox"/> erst- und einmalig <input type="checkbox"/> wiederkehrend		
3. Welchen Grad hatten bzw. haben die Hämorrhoiden ?	<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 3	<input type="checkbox"/> Grad 4	
4. Wie oft und in welchen Abständen fanden Behandlungen statt ?					
5. Welche Behandlungen wurden durchgeführt ? (Befundbericht bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Salben	<input type="checkbox"/> Verödung <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar	<input type="checkbox"/> Sitzbäder	<input type="checkbox"/> Zäpfchen	
6. Ist eine Operation angeraten oder geplant ?	angeraten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
	geplant?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
7. Wann fand die letzte Behandlung statt ?					
8. Besteht aktuell Beschwerdefreiheit bzw. Behandlungsfreiheit ?	Beschwerdefreiheit?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, seit	
	Behandlungsfreiheit?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, seit	
9. Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern wurden Sie behandelt ? (Namen und Anschrift angeben)					

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)