



Selbstauskunft Krampfadern/Venenerkrankungen

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

Behandelt wegen

1. Wie lautet die ärztliche Diagnose ?	<input type="checkbox"/> Krampfadern <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Besenreiser <input type="checkbox"/> Varikozele <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar	<input type="checkbox"/> Chronisch venöse Insuffizienz <input type="checkbox"/> Unterschenkelgeschwür (offenes Bein)
2. Seit wann bestehen bzw. bestanden die Beschwerden ?		
3. Wo bestehen bzw. bestanden die Beschwerden ?		
4. Sofern Krampfadern bestehen bzw. bestanden: Welche Ausdehnung/Dicke besteht bzw. bestand ?	<input type="checkbox"/> bleistift dick <input type="checkbox"/> fingerdick	<input type="checkbox"/> gänsekiel dick <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar
5. Wurde eine Operation oder Verödung durchgeführt? (wenn "ja" bitte Befundbericht beilegen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Verödung <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar
6. Welche Medikamente werden/wurden eingenommen	a) Name	
	b) Dosierung	
	c) Zeitraum/Dauer der Einnahme	
7. Werden und/oder wurden Thrombosestrümpfe getragen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Zeitraum von bis
8. Bei Varikozele: Besteht eine Sterilität ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
9. Müssen Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit viel stehen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
10. Wie häufig sind die Beschwerden?	<input type="checkbox"/> einmalig	<input type="checkbox"/> wiederkehrend, und zwar mal im Zeitraum
11. Wann fand die letzte Behandlung statt ?		
12. Besteht Beschwerdefreiheit ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
13. Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern wurden Sie behandelt ? (Bitte Namen und Anschrift angeben)		

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