



Zusatzfragen Venenerkrankungen und Thrombosen

Name: _____ Geb.-Datum: _____

zum Versicherungsantrag vom: _____

1. An welcher Erkrankung leidet die zu versichernde Person bzw. wie lautet die ärztliche Diagnose?

2. Seit wann ist die Erkrankung bekannt? _____

3. Wie äußert sich die Erkrankung?

Bestehen z. B. Krampfadern, Schwellungen, Hautveränderungen oder Geschwüre?
Bitte nennen Sie auch den Schweregrad bzw. die Ausdehnung der Veränderungen.

4. Welche Behandlungen wurden bzw. werden durchgeführt oder sind geplant?

5. Welche weiteren Erkrankungen bestanden oder bestehen (z. B. Gerinnungsstörungen, veränderte Blutzusammensetzung, Herzerkrankungen, Herzschwäche, Operationen, längere Ruhigstellung, Tumorerkrankung usw.)?

6. Welche Medikamente werden/wurden eingenommen?

a) Name und Dosis der Medikamente

b) Über welchen Zeitraum?

7. Werden Gehhilfen oder andere orthopädische Hilfsmittel benutzt?

ja nein

Wenn ja, welche?

8. Besteht eine Sturz-, Schwindel- oder Fallneigung?

ja nein

Bitte fügen Sie möglichst vorliegende ärztliche Berichte oder Krankenhaus-entlassungsberichte bei!

Arztanfragen werden von uns nicht gehalten.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bescheinige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
bzw. des Erziehungsberechtigten