



## Fragebogen Venenerkrankungen

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

1. Wie lautet die Diagnose?

- Besenreiser
- Krampfadern / Varizen
- Venenentzündung / Phlebitis
- Chronische Veneninsuffizienz Stadium? \_\_\_\_\_
- Venenthrombose
- Postthrombotisches Syndrom
- Sonstige: \_\_\_\_\_

2. Bitte teilen Sie uns folgende Einzelheiten mit:

a) Erstmaliges Auftreten der Beschwerden: \_\_\_\_ . \_\_\_\_

b) Was war die Ursache?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Welche Beschwerden haben / hatten Sie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Lokalisation

- |  |                                |                                 |                                     |
|--|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arm           | <input type="checkbox"/> Links | <input type="checkbox"/> Rechts | <input type="checkbox"/> Beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Oberschenkel  | <input type="checkbox"/> Links | <input type="checkbox"/> Rechts | <input type="checkbox"/> Beidseitig |
| <input type="checkbox"/> Unterschenkel | <input type="checkbox"/> Links | <input type="checkbox"/> Rechts | <input type="checkbox"/> Beidseitig |

Sonstige:

Zum Beispiel Hoden, Speiseröhre

\_\_\_\_\_

e) Ausprägung

- Leichtgradig: nur oberflächlich / nur kosmetisch störend / keine Beschwerden
- Mittelgradig: anhaltende Schwellung der Beine / Ödembildung
- Schwergradig: Beingeschwür / offenes Bein

f) Letztmaliges Auftreten der Beschwerden: \_\_\_\_ . \_\_\_\_

3. Welche Behandlungen / Therapien werden / wurden durchgeführt?

Bitte machen Sie nähere Angaben: Wann? Wie häufig? Behandlungsdauer?

- Keine Behandlung
- Kompressionsstrümpfe: \_\_\_\_\_
- Verödungstherapie: \_\_\_\_\_
- Venenstripping: \_\_\_\_\_
- Crossektomie: \_\_\_\_\_
- Medikamente: \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

4. Bestehen Folgen / Beeinträchtigungen?

Nein

Ja

Bitte machen Sie nähere Angaben: Welche? Wann? Wie häufig?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Waren Sie wegen dieser Erkrankung / Beschwerden arbeitsunfähig?

Bei Schülern und Studenten geben Sie bitte die krankheitsbedingten Fehltage an:

Nein

- Ja, von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Tage  
von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Tage  
von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Tage

6. Von welchen Ärzten werden / wurden Sie wegen dieser Erkrankung / Beschwerden behandelt?

Bitte geben Sie Name, vollständige Anschrift und Fachrichtung an:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können. Ich bestätige, dass sich mein Gesundheitszustand seit Antragstellung nicht verändert hat. Ärztliche Beratungen oder Behandlungen waren nicht erforderlich.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des volljährigen  
zu Versichernden  
(falls nicht Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des  
gesetzlichen Vertreter/s  
(bei minderjährigen zu Versichernden)