

Thrombosen / Venenerkrankungen

Antragsteller: Vorname, Name

Geburtsdatum

Antrag vom

Versicherte Person: Vorname, Name

Geburtsdatum

Versicherungs-/Antrags-Nummer

Alle nachfolgenden Fragen und Erklärungen beziehen sich auf die in dieser Zusatzklärung genannte Erkrankung, sofern nicht ausdrücklich eine andere Erkrankung genannt wird.

1. Welche Diagnose stellte der Arzt?

- Thrombose/n
- Krampfadern / Varizen
- Besenreiser
- (Lungen-) Embolie/n
- Venenentzündung / Phlebitis
- Geschwüre / offene Beine
- Postthrombotisches Syndrom (PTS)
- Andere Diagnose

[Empty box for diagnosis]

Welche Körperteile bzw. -bereiche waren oder sind betroffen?

[Empty box for affected body parts]

- links
- rechts
- beidseitig

2. Wann traten erstmals Beschwerden auf bzw. seit wann ist Ihnen die Erkrankung bekannt?

[Empty box for onset of symptoms]

3. Wurde eine Grunderkrankung / Ursache festgestellt?

- nein
- ja, wann, welche und seit wann besteht diese?

[Empty box for underlying condition]

4. Wurde bei Ihnen eine Gerinnungsstörung/Hämophilie festgestellt?

- nein
- ja, wann und welche?

[Empty box for clotting disorder]

- Subhämophilie (Aktivität > 15% - 40%)
- leichte Hämophilie (Aktivität > 5% - 15%)
- mittelschwere Hämophilie (Aktivität 1% - 5%)
- schwere Hämophilie (Aktivität > 1%)

5. Welche Untersuchung(en) wurde(n) bei Ihnen durchgeführt?

[Empty box for examinations]

6. Wie wurden bzw. werden Sie behandelt?

[Empty box for treatment]

Wurden Ihnen Medikamente verordnet?

- nein
- ja, Name, Dosierung und Dauer der Einnahme?

[Empty box for medication]

6. Wurde eine Operation durchgeführt?

- nein
- ja, wann und welche Operation?

[Empty box]	<input type="checkbox"/> links
[Empty box]	<input type="checkbox"/> rechts
[Empty box]	<input type="checkbox"/> beidseitig

Name und Anschrift der Klinik

[Empty box for clinic name and address]

Wurde der Krankheitszustand durch die Operation vollständig behoben?

- nein
- ja

7. Wie ist Ihr gegenwärtiger Zustand?

Sind sie vollständig beschwerde- und behandlungsfrei?

- nein Welche Behandlungen / Beschwerden bestehen noch?

[Empty box for treatments/complaints]

- ja Seit wann?

[Empty box for duration]

Welche Medikamente nehmen Sie jetzt noch?

- keine
- (Bitte Namen und Dosierung angeben)

[Empty box for current medications]

Sind weitere Behandlungen angeraten oder vorgesehen?

(z.B. Operation, Verödung, Kompressionsstrümpfe, Lymphdrainage)

- nein
- ja, welche?

[Empty box for further treatments]

8. Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben?

Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung angeben.

[Empty box for doctor information]

Erklärung

Die Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet worden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen vorgenannten Fragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Ort, Datum

Unterschrift