

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
--------------------	------------

Weiterleitung an Gesellschaft(en)
-----------------------------------

B

## 1. Nähere Angaben zu Art und Umfang

a.) Art der Hämorrhoiden:  innere Hämorrhoiden  äußere Hämorrhoiden

b.) Grad der Hämorrhoiden: \_\_\_\_\_

## 2. Wie oft treten die Beschwerden auf und in welchem Umfang?

einmalig | wann: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

wiederholt/dauerhaft | wann erstmalig: \_\_\_\_\_ letztmalig am: \_\_\_\_\_ Häufigkeit: \_\_\_\_\_

## 3. Fanden ambulante Behandlungen statt?

Ja | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Nein

## 4. Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

Medikation

Name	Dosierung
------	-----------

Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft
---------------	---

Untersuchungen

welche	Ergebnis
--------	----------

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 5. Fand eine stationäre Behandlung statt?

Ja  OP | Datum der OP: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

OP angeraten | wann: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Nein

## 6. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

Ja  Aufenthalt | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Aufenthalt angeraten: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Nein

## 7. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

Ja | von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Nein

## Fragebogen: Hämorrhoiden

B

8. Besteht Behandlungsfreiheit?

Ja | seit: \_\_\_\_\_

Nein

9. Besteht Beschwerdefreiheit?

Ja | seit: \_\_\_\_\_

Nein

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Kunde