

Fragebogen: Venenerkrankungen

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Wie lautet die exakte Diagnose?

Krampfadern
 Besenreiser
 Thrombose
 Unterschenkelgeschwür
 Venenentzündung
 Sonstiges: _____

2. Bei Krampfadern: Umfang der Erkrankung?

Anzahl der Krampfadern: _____
 Stärke/mm: _____
 Weitere Informationen: _____

3. Ist Ihnen die Ursache der Erkrankung bekannt (z.B. Blutgerinnungsstörung)?

Ja | Ursache: _____
 Nein

4. Fanden ambulante Behandlungen statt?

Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

5. 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

Behandlung:

Stützstrümpfe: | seit wann: _____ | Wechsel: _____
 Venenstripping: | wann: _____
 Verödung | wann: _____
 Sonstiges: _____

6. Fand eine stationäre Behandlung statt?

Ja
 OP | Datum der OP: _____ Art: _____
 OP angeraten | wann: _____ Art: _____
 Sonstiges: _____
 Nein

Fragebogen: Venenerkrankungen

B

7. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

- Ja Aufenthalt | von: _____ bis: _____
 Aufenthalt angeraten: _____
 Sonstiges: _____
- Nein

8. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

9. Besteht Behandlungsfreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

10. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Kunde