

Fragebogen: Hämorrhoiden

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