

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

**1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?**

Thrombose	Besenreiser	Tiefe Venenthrombose
Krampfadern (Varizen)	Venenentzündung (Phlebitis)	Postthrombotisches Syndrom
Sonstige:		

**2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?**

Keine	Schmerzen	Ödembildung
Schwellung der Beine	Hautgeschwüre	Ekzem
Offenes Bein	Empfindungsstörungen	Bewegungseinschränkungen
Sonstige:		

**3. Welche Körperteile sind oder waren von der Erkrankung betroffen?**

Unterschenkel	Becken	Speiseröhre
Oberschenkel	Arm	Andere Stellen:
rechts      links      beidseits		

**4. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?**

einmalig      wiederholt | in welchen Abständen (Datum)?      andauernd

Wann erstmals?       Wann zuletzt?

**5. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden?**

Unbekannt	Schwangerschaft	Ruhigstellung/Gips/Schiene
Einnahme der Pille	Einnahme von Medikamenten	Gerinnungsstörung (Thrombophilie)
Rauchen	Langes Sitzen/Liegen/Stehen	Vorangegangene Operationen
Sonstige:		

**6. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?**

Keine Behandlung      Medikamente:      von:       bis:

In welcher Dosierung?      täglich      nach Bedarf      mal im Jahr

Kompressionsstrümpfe      Krankengymnastik      Wie oft?

Venenverödung      Lymphdrainage      von:       bis:

Andere Therapien:

**7. Sind aufgrund der Erkrankung Komplikationen aufgetreten?**

Thrombosen	Thromboseneigung (Thrombophilie)	Embolien	Nein
------------	----------------------------------	----------	------

B

**8. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant?**

Keine  CT  MRT   
 Blutuntersuchung  Ultraschall  Phlebographie   
 Sonstige:   
 Wann?   
 Mit welchem Ergebnis?

**9. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?**

Name:  Name:   
 Anschrift:  Anschrift:   
 Behandlungszeitraum | von:  bis:  Behandlungszeitraum | von:  bis:

**10. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?**

Ja | wann:  Welche?  Nein   
 Krankenhaus/Arzt:   
 Anschrift:   
 (Bei Befund beifügen)

**11. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?**

Ja | wann:  Wie lange?  Nein   
 Name der Einrichtung:   
 Anschrift:   
 (Bitte Befund beifügen)

**12. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B. Schmerzen, Schwellungsneigung, Geschwüre)?**

Ja | welche?  Nein

**13. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studierunfähig gewesen?**

Ja | von:  bis:  Ja | von:  bis:  Nein

**14. Bestehen folgende Anforderungen an Ihre berufliche Tätigkeit?**

Heben und Tragen von Lasten  Langes Stehen  Langes Autofahren  Langes Sitzen  Nein

**15. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?**

Ja | zu welchen?  Nein

**16. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?**

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:  Nein   
 Früherer Beruf:   
 Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person