ALTE OLDENBURGER

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.:
**Selbstauskunft**
**Hämorrhoiden**

## Zusätzliche Angaben zum Krankenversicherungsantrag

| **Antragsteller/Versicherungsnehmer:** | | **Zu versichernde Person:** | |
|---|---|---|---|
| Vorname/Name | geboren am: | Vorname/Name | geboren am: |
| | | | |
| Anschrift: | | Anschrift: | |
| | | | |

**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 wann erstmalig: _____

Letzmalig am: _____

Häufigkeit: _____

☐ Dauerhaft wann erstmalig: _____

**3. Welche Behandlungen fanden statt? (Sollten Berichte, Werte, o.ä. vorliegen, fügen Sie uns diese bitte bei)**

☐ **Medikation:** Name: _____

Dosierung: _____

Einnahme seit: _____

☐ abgeschlossen ☐ dauerhaft

☐ **Untersuchungen:**

Welche: _____

Ergebnis: _____

☐ **Sonstiges:** _____

**4. Fand eine stationäre Behandlung statt?**

☐ nein

☐ ja ☐ OP Datum d. OP: _____ Art: _____

☐ OP angeratenwann: _____ Art: _____

☐ Sonstiges: _____

**5. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?**

☐ nein

☐ ja ☐ Aufenthalt von: _____ bis: _____

☐ Aufenthalt angeraten _____

☐ Sonstiges: _____

**6. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeiten?**

☐ nein

☐ ja von: _____ bis: _____

**7. Besteht Behandlungsfreiheit?**

☐ nein

☐ ja, seit: _____

**8. Besteht Beschwerdefreiheit?**

☐ nein

☐ ja, seit: _____

**Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Bestandteil des Versicherungsantrags. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den Versicherungsschutz gefährden. Die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht nach § 19 Abs. 5 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.**

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers/Angebotsanfragenden sowie aller versicherten Personen über 16 Jahre

Theodor-Heuss-Str. 96
49377 Vechta
Telefon 0 44 41 / 905 - 0
Telefax 0 44 41 / 905 - 470
info@alte-oldenburger.de
www.alte-oldenburger.de

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
**Vorstand** Georg Hake (Vorsitzender) | Andreas Dienst | Dr. Ulrich Knemeyer | Manfred Schnieders
**Aufsichtsrat** Dr. jur. Joseph Schweer, Regierungspräsident a. D., Oldenburg (Vorsitzender) **Amtsgericht Oldenburg** HRB 201539

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G.
**Vorstand** Georg Hake (Vorsitzender) | Dr. Ulrich Knemeyer
**Aufsichtsrat** Dr. jur. Joseph Schweer, Regierungspräsident a. D., Oldenburg (Vorsitzender) **Amtsgericht Oldenburg** HRB 110012