

Antwort

Absender

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

D522222

Selbstauskunft Hämorrhoidalleiden

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. Welche Art und welchen Umfang haben/ hatten die Hämorrhoiden?

- innere Hämorrhoiden äußere Hämorrhoiden (Perianalthrombose)
 Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4

3. Wie oft treten/ traten die Beschwerden auf und in welchem Umfang?

- Einmalig? Wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Wiederholt? Wann jeweils? _____ (Monat/ Jahr)
 Wann zuletzt? _____ (Monat/ Jahr)
 Dauerhaft? Seit wann? _____ (Monat/ Jahr)

4. Bestehen aktuell Beschwerden?

- nein, die letzte Behandlung fand _____ statt.
 ja, folgende Beschwerden _____

5. Wurde eine der folgenden Untersuchungen durchgeführt (Befundbericht beilegen)?

- Proktoskopie Rektoskopie (Enddarmspiegelung)

6. Wie wird/ wurde behandelt? Ist eine der genannten Behandlungen geplant oder empfohlen?

- Operation durchgeführt Wann? _____ geplant
 Verödung durchgeführt Wann? _____ geplant
 Ligaturen durchgeführt Wann? _____ geplant
 Medikament(e), Präparatename(n): _____
 Tagesdosis: _____
 Sonstige, welche? _____
 Wann? _____ (Monat/ Jahr)

7. Bei welchem Arzt/ welchen Ärzten sind/ waren Sie/ war die zu versichernde Person wegen den Erkrankung(en) in Behandlung?

- Hausarzt Gastroenterologe Heilpraktiker Krankenhaus sonstige: _____
Name, vollständige Anschrift: _____

