

Antwort

Absender

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

D522222

Selbstauskunft Venenerkrankungen

für _____ geb. am _____

1. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2. Wie lautet die genaue Bezeichnung der Venenerkrankung?

- Krampfadern/ Varizen Besenreiser Venenentzündung/ Phlebitis
 Unterschenkelgeschwür chron. venöse Insuffizienz Embolie
 Thrombose, Ursache (z. B. Operationsfolge, Gerinnungsstörung, Schwangerschaft)? _____
 sonstige, welche? _____

3. Welche Beschwerden bestehen oder bestanden?

- keine Schwellung (Ödembildung) Krämpfe
 Missempfindungen Hautveränderungen Juckreiz
 Venenentzündung Blutungen Geschwüre
 sonstige, welche? _____

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

- keine Behandlung Kompressionsstrümpfe Sklerosetherapie (Verödung)
 Medikament(e), Präparatename(n): _____
Einnahme: von _____ (Monat/ Jahr) bis _____ (Monat/ Jahr)
 Operation (z. B. Venenstripping) wann? _____ (Monat/ Jahr)
 Endovenöse Verfahren (z. B. Laser- oder Radiofrequenztherapie) _____ (Monat/ Jahr)
wann?
 sonstige, welche: _____

5. Bestehen wegen der Erkrankung noch Beschwerden?

- nein, seit wann: _____ (Monat/ Jahr)
 ja, welche: _____

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

- Hausarzt Hautarzt Internist Phlebologe
 sonstige: _____

Name, vollständige Anschrift: _____

