ALTE OLDENBURGER

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG
Postfach 1363
49362 Vechta

Vechta,
Vorgangs-Nr.: VD522203

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