

# Fragebogen Krampfadern / Venenerkrankung

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Vorname Nachname

Datum

## 1. Seit wann bestehen bei Ihnen Venenerkrankungen der Beine bzw. Krampfadern?

Seit  (Monat/Jahr)

## 2. Wie lautet die genaue Bezeichnung Ihrer Venenerkrankung?

- Krampfadern/Varizen       Postthrombotisches Syndrom  
 Venenentzündung/Phlebitis       Sonstige – welche?

## 3. Bitte machen Sie Angaben zu noch bestehenden Krampfadern:

**Körperstelle:**  Oberschenkel       Unterschenkel       links       rechts  
**Art/Stärke:**  Besenreiser/leicht       federkiel dick/mittel       fingerdick/stark       Schwellneigung

## 4. Sind als Komplikation Venenentzündungen, Geschwüre („offenes Bein“), Schwellneigung, Thrombosen, Embolien aufgetreten?

- Nein**  
 **Ja**, Welche Erkrankung?   
Wie häufig?  Wann?  (Monat/Jahr)

## 5. Wurden Operationen durchgeführt bzw. ist eine Operation geplant?

- Nein**  
 **Ja**     Operationen durchgeführt – Wann?  (Monat/Jahr)  
           Operation geplant – Wann?  (Monat/Jahr)

Name/Anschrift des Behandlers:

## 6. Bestehen Folgen oder Beschwerden seitens der Venenerkrankung der Beine?

- Nein**, keine Folgen/Beschwerden seit:  (Monat/Jahr)  
 **Ja**, Folgen/Beschwerden (bitte nähere Angaben):

## 7. Befinden oder befanden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung bzw. Kontrolle?

- Nein**  
 **Ja**, Name/Anschrift des Arztes:   
Wie oft jährlich?  Wann zuletzt?  (Monat/Jahr)



**8. Bitte machen Sie nähere Angaben zur Art der Behandlung**

Medikamente – welche?

Sonstige Maßnahmen (z. B. Stützstrümpfe) – welche?

**9. Waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen der Venenerkrankung länger als 3 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?**

**Nein**

**Ja**, Arbeitsunfähigkeitszeiten:

**10. Haben Sie wegen der Venenerkrankung einen Berufs-/Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde Ihnen dies angeraten?**

**Nein**

**Ja**, Neuer Beruf/Tätigkeit

Seit wann?

(Monat/Jahr)

**11. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer/Ihren Erkrankung(en) in Behandlung?**

Hausarzt     Internist     Phlebologe     Sonstige

Name, Anschrift:

Die gesetzliche Verpflichtung, alle bekannten gefahrerheblichen Umstände wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, gilt auch für die hier gestellten Fragen. Hinsichtlich der möglichen Konsequenzen einer Verletzung der Anzeigepflichten verweisen wir auf unsere zusammen mit den Versicherungsbedingungen übersandte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Informationen rund um die Themen Datenerhebung und Datenschutz können Sie bequem auf unserer Homepage [www.hannoversche.de](http://www.hannoversche.de) unter der Rubrik Datenschutz abrufen.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Bitte Rückversand an: Hannoversche Lebensversicherung AG, VHV-Platz 1, 30177 Hannover