

Fragebogen: Venenerkrankungen

Hinweis für an Fonds Finanz angebundene Makler:

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um allgemeine Selbstauskünfte der Firma Fonds Finanz Maklerservice GmbH handelt. Diese sind erstellt worden, um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wenn das o.g. Krankheitsgebiet geprüft werden soll. Diese Selbstauskunft ersetzt nicht den Arztbericht bei Antragstellung bei der Gesellschaft, sollte dieser gefordert sein.

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

Thrombose	Besenreiser	Tiefe Venenthrombose
Krampfader (Varizen)	Venenentzündung (Phlebitis)	Postthrombotisches Syndrom
Sonstige:		

2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen leiden oder litten Sie?

Keine	Schmerzen	Ödembildung
Schwellung der Beine	Hautgeschwüre	Ekzem
Offenes Bein	Empfindungsstörungen	Bewegungseinschränkungen
Sonstige:		

3. Welche Körperteile sind oder waren von der Erkrankung betroffen?

Unterschenkel	Becken	Speiseröhre
Oberschenkel	Arm	Andere Stellen:
rechts	links	beidseits

4. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

einmalig wiederholt | in welchen Abständen (Datum)? andauernd

Wann erstmals? Wann zuletzt?

5. Gibt es eine bekannte Ursache oder einen Auslöser für die Beschwerden?

Unbekannt	Schwangerschaft	Ruhigstellung/Gips/Schiene
Einnahme der Pille	Einnahme von Medikamenten	Gerinnungsstörung (Thrombophilie)
Rauchen	Langes Sitzen/Liegen/Stehen	Vorangegangene Operationen
Sonstige:		

6. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

Keine Behandlung	Medikamente:	von: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bis: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
In welcher Dosierung?	täglich	nach Bedarf	mal im Jahr
Kompressionsstrümpfe	Krankengymnastik	Wie oft?	
Venenverödung	Lymphdrainage	von: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bis: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Andere Therapien:			

7. Sind aufgrund der Erkrankung Komplikationen aufgetreten?

Thrombosen	Thromboseneigung (Thrombophilie)	Embolien	Nein
------------	----------------------------------	----------	------

B

8. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant?

Keine ☐ CT ☐ MRT ☐
Blutuntersuchung ☐ Ultraschall ☐ Phlebographie ☐
Sonstige:

Wann?

Mit welchem Ergebnis?

9. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name: Name:
Anschrift: Anschrift:
Behandlungszeitraum | von: bis: Behandlungszeitraum | von: bis:

10. Sind Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja | wann: Welche? Nein ☐
Krankenhaus/Arzt:
Anschrift:
(Bei Befund beifügen)

11. War aufgrund der Erkrankung/Beschwerden ein Krankenhaus-, Reha-, oder Kuraufenthalt erforderlich?

Ja | wann: Wie lange? Nein ☐
Name der Einrichtung:
Anschrift:
(Bitte Befund beifügen)

12. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z. B. Schmerzen, Schwellungsneigung, Geschwüre)?

Ja | welche? Nein ☐

13. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studienunfähig gewesen?

Ja | von: bis: Ja | von: bis: Nein ☐

14. Bestehen folgende Anforderungen an Ihre berufliche Tätigkeit?

Heben und Tragen von Lasten ☐ Langes Stehen ☐ Langes Autofahren ☐ Langes Sitzen ☐ Nein ☐

15. Haben die o. g. Beschwerden zu Einschränkungen im Alltag oder Beruf geführt?

Ja | zu welchen? Nein ☐

16. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels: Nein ☐
Früherer Beruf:
Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person