

6. Üben Sie eine berufliche Tätigkeit überwiegend im Stehen, mit fixierter Zwangshaltung im Sitzen oder mit Heben/Tragen schwerer Gegenstände aus?

ja nein

Wenn ja: Welche?

7. In welchem Zeitraum waren Sie wegen obiger Erkrankung bereits in ambulanter ärztlicher Behandlung?

Falls ja: Geben Sie bitte den Namen und die Anschrift Ihres Arztes an:

8. In welchem Zeitraum waren Sie wegen obiger Erkrankung bereits in stationärer Krankenhausbehandlung?

Falls ja: Geben Sie bitte den Namen und die Anschrift des Krankenhauses an:

9. Haben Sie sich bereits einer Venenoperation unterzogen?

ja nein

Falls ja: Wann, wo, Umfang des Eingriffes:

10. Wurde durch die Venenoperation eine völlige Heilung erzielt?

ja nein

Falls nein: Welche Beschwerden sind verblieben?

11. Tragen bzw. trugen Sie Kompressionsstrümpfe
oder/und -bandagen?

ja nein

12. Waren oder sind Sie wegen Venenerkrankungen zeitlich begrenzt
arbeits- bzw. berufsunfähig?

ja nein

Wenn ja: Wann und wie lange?

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsge-
treu beantwortet habe. Durch meine Unterschrift wird diese Selbstauskunft zum Be-
standteil meines Vertrages. Mir ist bekannt, dass falsche oder mangelhafte Angaben den
Versicherungsschutz gefährden.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
bzw. deren gesetzlichen Vertreter