



Selbstauskunft Hämorrhoiden

Name, Vorname	Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Divers
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort	

Behandelt wegen

1. Um welche Form der Hämorrhoiden handelt es sich ?	<input type="checkbox"/> innere Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> äußere Hämorrhoiden		
2. Seit wann bestehen bzw. bestanden die Hämorrhoiden?	von	bis	<input type="checkbox"/> erst- und einmalig	<input type="checkbox"/> wiederkehrend
3. Welchen Grad hatten bzw. haben die Hämorrhoiden ?	<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 3	<input type="checkbox"/> Grad 4
4. Wie oft und in welchen Abständen fanden Behandlungen statt ?				
5. Welche Behandlungen wurden durchgeführt ? (Befundbericht bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Verödung	<input type="checkbox"/> Sitzbäder	<input type="checkbox"/> Zäpfchen
	<input type="checkbox"/> Salben	<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar		
6. Ist eine Operation angeraten oder geplant ?	angeraten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	geplant?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
7. Wann fand die letzte Behandlung statt ?				
8. Besteht aktuell Beschwerdefreiheit bzw. Behandlungsfreiheit ?	Beschwerdefreiheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	
	Behandlungsfreiheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	
9. Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern wurden Sie behandelt ? (Namen und Anschrift angeben)				

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)