

Zusätzliche Erklärung: Wirbelsäulenerkrankungen, Bandscheibenschäden



Sie können diesen Fragebogen direkt schicken an
ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstr. 11, 81829 München
oder faxen an 089 4124-9525.

Antragsteller

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Zu versichernde Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Antrags-/Versicherungsnummer _____

Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z.B. Bandscheibenvorfall, Bandscheibenvorwölbung, Blockaden, Hexenschuss, HWS-/BWS-/LWS-Syndrom, Ischias, Lumbalsyndrom, Morbus Bechterew, Morbus Scheuermann, Rückenbeschwerden mit Ausstrahlung, Skoliose, Verschleiß, Verspannungen, Wirbelgleiten)?

Wann wurde die Erkrankung ärztlicherseits diagnostiziert?

Welcher Bereich ist betroffen (Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsäule)?

Welche Beschwerden lagen bzw. liegen vor (z.B. Atem-oder Herzbeschwerden, Bewegungsstörungen/-einschränkung, Blasen-oder Mastdarmstörungen, Kopfschmerzen, Kribbeln, Lähmungen, Rückenschmerzen, Taubheitsgefühl, Unbeweglichkeit)?

Wann trat/traten die Erkrankung/Beschwerden erst- und wann letztmalig auf?

Wie lange traten sie im Einzelnen auf (z.B. einmalig, wiederholt, dauernd)?

• Über welchen Zeitraum?

Was ist die Ursache der Erkrankung (z.B. Beinverkürzung links/rechts (bitte auch in cm angeben), Blockierung, Entzündung, Infektion, Kalkablagerung, Spaltbildung, Verletzung, Verschleißerscheinung, Verspannung, Wirbelgleiten, Wirbelsäulenverkrümmung)?

Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

• Untersuchungen/Behandlungen (z.B. Anwendung von Wärme, Kälte und/oder Strom, Chirotherapie, Osteopathie, CT, Halskra-
watte, Injektionen, Kernspin, Korsett, Krankengymnastik, Kurzwelle, Metallentfernung, Muskelkräftigung, Operation, Röntgen;
bitte auch die Behandlungszeiträume vermerken)?

• Medikamentös (bitte Namen u. Dosierung sowie Einnahmezeitraum des Medikamentes angeben)?

Erfolgt/Erfolgte eine kontinuierliche oder bedarfsweise Behandlung (bitte alle Behandlungszeiträume angeben)?

Bestehen noch Beschwerden/Folgen? ja nein

• Wenn ja, welche?

Ist die Erkrankung ausgeheilt? ja nein

Zu versichernde Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Antrags-/Versicherungsnummer _____

Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen sind angeraten/geplant (z.B. ambulante, stationäre und/oder medikamentöse Behandlungen)?

Welcher Arzt kann am besten Auskunft geben (Name, Adresse)?

Erklärung

Die zutreffenden Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen o.g. Gesundheitsfragen nochmals selbst überprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Weiterhin bestätige ich, dass sich seit Antragstellung der Gesundheitszustand der zu versichernden Personen nicht verändert hat.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____