

Zusätzliche Erklärung: Covid 19



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 _____

Traten in der akuten Krankheitsphase und/oder danach Erkrankungen in folgenden Bereichen auf:

- Lunge (z.B. Pneumonie, Reizhusten, Kurzatmigkeit) ja nein
 - Herz-Kreislauf-System (z.B. Herzmuskelentzündung, Herzschwäche) ja nein
 - Nervensystem (z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Erinnerungslücken, Sprachverlust, Riechstörungen, Geschmacksstörungen, Hörstörungen) ja nein
 - Magen-Darm-Trakt (z.B. Übelkeit, Appetitlosigkeit, Erbrechen, abdominelle Schmerzen, Durchfälle, erhöhte Leberwerte) ja nein
 - Niere (z.B. Nierenversagen, Nierenschwäche) ja nein
 - Haut (z.B. Ausschläge, Papeln, Rötungen, Nesselsucht) ja nein
 - Blut (z.B. Thrombosen, Durchblutungsstörung) auf _____ ja nein
- und/oder bestand
- Abgeschlagenheit, Müdigkeit, eingeschränkte Belastbarkeit, Angstzustände, Fatigue-Syndrom, Leistungsschwäche, Muskelschwäche, Atembeschwerden, Gewichtszunahme, Gedächtnisstörungen, Konzentrationsschwäche ja nein

Wenn Sie mindestens eine der obigen Fragen mit Ja beantwortet haben, reichen Sie bitte alle ärztlichen Untersuchungsbefunde und Krankenhausentlassungsberichte mit ein. Geben Sie bitte den genauen Zeitraum an, in dem Beschwerden bestanden.

Wie wird/wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet?

Wann wurde die Erkrankung ärztlicherseits diagnostiziert?

Welche Beschwerden/Symptome liegen bzw. lagen vor?

Nur bei Erwerbstätigen:

Lag eine Arbeitsunfähigkeit vor? ja nein

- Wenn ja, weshalb? _____
- Wie lange? _____
- Wann? _____

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

Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

- Untersuchungen/Behandlungen (z.B. Operation, Laboruntersuchung; bitte auch die Behandlungszeiträume vermerken)? _____
- Medikamentös (bitte Namen u. Dosierung sowie Einnahmezeitraum des Medikamentes angeben)? _____

Zu versichernde Person

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

Antrags-/Versicherungsnummer _____

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**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 _____