

# Zusätzliche Erklärung: Erhöhte Blutfettwerte (Fettstoffwechselstörung)



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. Blutfetterhöhung, erhöhte Cholesterinwerte, Hyperlipidämie, erhöhte Triglyceridwerte)?

**Wann wurde die Erkrankung ärztlicherseits diagnostiziert?**

**Was ist die Ursache der Erkrankung** (z.B. Fehlernährung, genetische Veranlagung, Übergewicht/Adipositas)?

**Welche Beschwerden/Symptome lagen bzw. liegen vor** (z.B. Bauchspeicheldrüsenentzündung, Durchblutungsstörungen, Fettknötchen unter der Haut, Kribbeln und Taubheitsgefühle in Händen und/oder Füßen)?

**Sind bereits Folgeschäden aufgetreten** (z.B. Arterienverkalkung, Fettleber)?  ja  nein

• Wenn ja, welche?

**Wie lauten die aktuellen Blutfettwerte** (bitte ggf. beim Arzt erfragen oder Kopie der letzten Laboruntersuchung einreichen)?

Gesamtcholesterin \_\_\_\_\_ LDL \_\_\_\_\_ HDL \_\_\_\_\_

Triglyceride \_\_\_\_\_ (Datum der Laboruntersuchung: \_\_\_\_\_)

**Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?**

• Untersuchungen/Behandlungen (z.B. Laboruntersuchung, Gefäßuntersuchung; bitte auch die Behandlungszeiträume vermerken)?

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

• Wurde die Medikation in den letzten 6–12 Monaten geändert?  ja  nein

Wenn ja, warum?

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

**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)?

**Zu versichernde Person**

---

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

---

**Antrags-/Versicherungsnummer** \_\_\_\_\_**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 \_\_\_\_\_