

Zusätzliche Erklärung: Gynäkologische Erkrankungen



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. auffälliger Abstrich, Blutungsstörungen, Brustknoten, Brustkrebs, Brustschmerzen, Brustzysten, Eierstockzyste, Eileiterschwangerschaft, Endometriose, Feigwarzen, HPV-Viren, Infektionskrankheiten, Myom, Unterleibskrebs, verklebte Eileiter, Zyklusunregelmäßigkeiten)?

Wann wurde die Erkrankung ärztlicherseits diagnostiziert?

Welche Beschwerden lagen oder liegen vor (z.B. Ausfluss, Blutung, Brustschmerz, Druckgefühl, Gebärmutterprolaps, Harninkontinenz, Juckreiz, Verhärtung, Unterleibsschmerz)?

• Wann sind sie erstmals aufgetreten?

• Wann zuletzt

Traten bereits Fehlgeburten auf?

ja nein

• Wenn ja, wann und wie oft?

• Ursache?

Liegt eine Sterilität vor?

ja nein

• Wenn ja, wurde die Sterilisation auf eigenen Wunsch durchgeführt?

ja nein

• Wenn nein, was ist der Grund für die Sterilität?

Besteht unerfüllter Kinderwunsch?

ja nein

Wurde bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt?

ja nein

Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

• Untersuchungen/Behandlungen (z.B. Ausschabung, Bestrahlung, fortlaufende Beobachtung/Kontrollen, Chemotherapie, Gewebeprobe oder -entfernung, Laser, Operation, Ultraschall; 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 Behandlung)?

In welchen Zeitabständen muss sich einer Kontrolluntersuchung unterzogen werden?

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 _____