

Zusätzliche Erklärung: Nieren-, Harnwegs-, Prostataerkrankungen



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. Hyperplasie, Geschwulst (Niere, Blase), Steinerkrankung (Blase, Harnleiter, Nieren), Entzündung (Blase, Harnwege, Nieren, Nierenbecken, Prostata), Nierenkrebs, Prostatavergrößerung/Prostataadenom/benigne Prostatahyperplasie, Prostatakrebs, Schrumpfniere, Tumor, Wanderniere, Senkniere)?

Was ist die Ursache der Erkrankung (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Durchblutungsstörung, Erkältung, Harnrückfluss, Harnsäure, Harnstauung, Infektion, Medikamente, Zyste)?

Art der Beschwerden (z.B. Abgeschlagenheit, Blutbeimengung im Urin, Erbrechen, Fieber, Flankenschmerz, Harninkontinenz, häufiger Harndrang, Klopfschmerz im Nierenlager, Koliken, Rückenschmerzen, schmerzhaftes Wasserlassen, Schüttelfrost, Übelkeit)?

Bei Einnierigkeit:

- Bestehen Einschränkungen der Nierenfunktion oder ein auffälliger Urinbefund? ja nein
- Was ist die Ursache der Einnierigkeit?
- Ist weiterhin eine ärztliche Kontrolle nötig? ja nein
Wenn ja, gab es Auffälligkeiten?

Ergebnis und Zeitpunkt der letzten Blutdruckmessung:

Blutdruck _____ Datum _____ Puls _____ unter Medikation?
_____ / _____ ja nein

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

Welche Untersuchungen und/oder Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

- Untersuchungen/Behandlungen (z.B. Dilatation, Operation, Resektion, Röntgen, Strahlen- oder Chemotherapie, 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 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 _____